

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

JOÃO VITOR GRYCAJUK

**MEDIDA DE SEGURANÇA E A LEI ANTIMANICOMIAL: A INCOERÊNCIA NO
ORDENAMENTO JURÍDICO VIGENTE E NA PRÁTICA**

CURITIBA

2017

JOÃO VITOR GRYCAJUK

**MEDIDA DE SEGURANÇA E A LEI ANTIMANICOMIAL: A INCOERÊNCIA NO
ORDENAMENTO JURÍDICO VIGENTE E NA PRÁTICA**

Trabalho apresentado como requisito parcial à
obtenção do grau de Bacharel em Direito -
Habilitação em Direito do Estado - pela Faculdade
de Direito, Setor de Ciências Jurídicas, da
Universidade Federal do Paraná.

Orientador: Prof. Dr. André Ribeiro Giamberardino

CURITIBA
2017

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por ter me dado saúde e disposição para a conclusão do curso, assim como deste trabalho.

Agradeço a minha família, em especial aos meus pais, pela compreensão e pelo apoio durante os cinco anos de curso e os meses que percorreram a realização desse trabalho.

Aos meus amigos que me ajudaram com dúvidas e nos momentos difíceis nesses cinco anos de faculdade.

Aos Defensores Públicos do setor de Execução Penal que abriam meus olhos e mente para os verdadeiros problemas, e que me ensinaram a entender o mundo de uma forma diferente.

Ao meu orientador, Prof. Dr. André Ribeiro Giamberardino, pela assistência e disponibilidade sempre que necessário.

Aos professores do Curso de Direito que me ensinaram a pensar o Direito e não apenas o Direito em si.

A minha avó que sempre me apoiou incondicionalmente em todos os momentos da minha vida.

Agradeço também a todos que uma alguma forma contribuíram para a realização deste trabalho.

*“O gênio, o crime e a loucura, provêm, por igual, de uma anormalidade;
representam, de diferentes maneiras, uma inadaptabilidade ao meio.”*

Fernando Pessoa

RESUMO

O presente trabalho é um estudo e análise sobre a medida de segurança, instituto previsto na Execução Penal para os inimputáveis. Iniciando-se com um estudo histórico das origens e do desenvolvimento do instituto da medida de segurança. Além do desdobramento da medida de segurança, na persecução penal e na execução penal, também, abordar-se-á os fundamentos da medida de segurança, assim como, será realizada uma análise do instituto em si em relação à Lei Antimanicomial. Por fim, uma análise de dez decisões que tratam sobre medida de segurança, assim como, uma análise crítica do estabelecimento que abriga os cumpridores de medida de segurança, denominada Complexo Médico Penal.

Palavras-chave: Direito Penal – Execução Penal – Medida de Segurança – Antimanicomial – Complexo Médico Penal

ABSTRACT

The presente work is a study and analisy about security measure, institute foreseen in the Criminal Execution for the unimputables. Beginning with a historical study about the origins and the development of the security measure institute. Besides the unfolding of the security measure, during the criminal persecution and the criminal execution, also, will be approached the fundamentals of the security measure, as, an analysis will be made of the institute itself in relation to the Anti-Manicomial Law. Finally, an analysis of ten decisions that deal with security measures, as well as a critical analysis of the establishment that houses the compliant security measure, called Penal Medical Complex.

Key-words: Criminal Law - Criminal Execution - Security Measure - Antimanicomial - Criminal Medical Complex

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO | 7 |
| 2 O DESENVOLVIMENTO HISTÓRICO DA MEDIDA DE SEGURANÇA E A SUA ATUAL SITUAÇÃO NO ORDENAMENTO JURÍDICO..... | 9 |
| 2.1 O DIREITO MODERNO (ILUMINISMO E AS CODIFICAÇÕES DOS SÉCULOS XIX E XX) E AS MEDIDAS DE SEGURANÇA | 9 |
| 2.1.1 O período da Ilustração (final do séc. XVII e primeira metade do séc. XVIII) e sua contribuição para as posteriores codificações das medidas de segurança | 9 |
| 2.1.2 A tipificação das medidas de segurança nas legislações penais dos séculos XIX e XX | 13 |
| 2.1.2.1 O projeto de Código Penal Suíço de 1893..... | 13 |
| 2.1.2.2 A legislação da Alemanha e da Espanha..... | 14 |
| 2.1.2.3 O Código Penal brasileiro de 1940 | 15 |
| 2.2 A CONTEMPORANIEDADE DA MEDIDA DE SEGURANÇA NO ORDENAMENTO JURÍDICO BRASILEIRO, A PARTIR DA REFORMA DO CÓDIGO PENAL DE 1984 | 17 |
| 3 A ABSOLVIÇÃO IMPRÓPRIA NA PERSECUÇÃO E A MEDIDA DE SEGURANÇA NA EXECUÇÃO PENAL..... | 18 |
| 3.1 A (IN)IMPUTABILIDADE E A PERICULOSIDADE | 19 |
| 3.2 A ABSOLVIÇÃO IMPRÓPRIA DO INIMPUTÁVEL (DOENTE MENTAL)..... | 21 |
| 3.3 A ESCOLHA JUDICIAL PELA DE MEDIDA DE SEGURANÇA QUE SERÁ APLICADA AO DOENTE MENTAL..... | 24 |
| 3.4 O PRAZO MÍNIMO E MÁXIMO DA MEDIDA DE SEGURANÇA | 28 |
| 3.5 A EXECUÇÃO PENAL DA MEDIDA DE SEGURANÇA..... | 30 |
| 4. A ATUALIDADE DAS MEDIDAS DE SEGURANÇA NO ORDENAMENTO JURÍDICO, ESPECIFICAMENTE NO JUÍZO DE CURITIBA | 33 |
| 4.1 A LEI DA REFORMA PSIQUIÁTRICA OU ANTIMANICOMIAL (LEI 10.216/2001) E A ALTERAÇÃO DOS CONCEITOS DA MEDIDA DE SEGURANÇA (PERICULOSIDADE E INIMPUTABILIDADE) | 33 |
| 4.2 A REALIDADE DAS DECISÕES DO JUÍZO QUE RESGUARDAM AS MEDIDAS DE SEGURANÇA EM CURITIBA | 38 |
| 4.3 A VERDADEIRA FACE DO COMPLEXO MÉDICO PENAL – CMP..... | 47 |
| 5. CONCLUSÃO | 52 |
| REFERÊNCIAS..... | 55 |

1 INTRODUÇÃO

A medida de segurança é um instituto em defasagem e que necessita de uma interferência direta. Observam-se as seguintes premissas, as quais serão necessárias para se entender todo este Trabalho de Conclusão de Curso.

De que a liberdade é sempre terapêutica, especialmente diante das lamentáveis condições de nossos hospitais de custódia e tratamento; a medida de segurança possui natureza materialmente penal; devem ser assegurados, ao interno, todos os direitos não atingidos pela sentença ou pela lei, inclusive aqueles regularmente conferidos aos presos; deve ser aplicada toda a sistemática da Lei nº 10.216/2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental, promovendo a reforma psiquiátrica direcionada à implementação de políticas antimanicomiais.

Agora tendo como base as ideais e premissas supracitadas, as quais serão percorridas e abordadas no Trabalho de Conclusão de Curso em si, e sabendo que a medida de segurança na prática está longe de ser o que deveria ser, que o juízo de execução penal para “condenados” à medida de segurança, estritamente os de Curitiba, não aplicam a Lei Antimanicomial, é evidente a necessidade de abordar tal tema, o qual é discutido pela Doutrina de forma escassa e fraca, havendo poucos autores, os quais abordam o tema extensivamente, que merecem destaque na área, como Rodrigo Roig e Salo de Carvalho.

Destarte, serão abordadas as temáticas explicitadas acima e a necessidade de discuti-las, uma vez que o Estado é omissor para com os portadores de transtornos psíquicos que em grande parte sofrem para conseguir viver uma vida normal, e o mesmo Estado que antes era omissor, no momento em que estas pessoas cometem um injusto penal, está lá, esse mesmo Estado desejando punir, impondo a estes a pena de medida de segurança.

Primeiramente, será estabelecido um arcabouço histórico da medida de segurança, para que seja possível entender a sua origem e desenvolvimento, para então ser possível estabelecer, ao menos pela carga histórico-cultural, o porquê das

medidas de segurança ainda estarem em vigência no ordenamento jurídico brasileiro.

No primeiro capítulo será pincelada a medida de segurança no direito moderno, o qual compreende o período do Iluminismo, assim como, as codificações provenientes desse período nos séculos XIX e XX. Para, por fim, estabelecer a medida de segurança no ordenamento jurídico vigente com a Reforma de 1984 da Parte Geral do Código Penal.

Continuando, no segundo capítulo, abordar-se-á a medida de segurança durante a persecução penal e, após, na execução penal.

Antes de tudo, será discutido os fundamentos clássico da medida de segurança, os quais são a periculosidade e a inimputabilidade. Formada uma base sobre a medida de segurança, passa-se ao juízo de absolvição imprópria ainda realizado no processo de conhecimento, abordando-o em toda sua temática, assim como, as espécies de medida de segurança existentes e os prazos. Por fim, destina-se a última parte do segundo capítulo à execução da medida de segurança.

No último capítulo, após ter sido cunhado um alicerce a respeito do tema, abordar-se-á a atualidade e vigência das medidas de segurança.

Primeiro, quanto à Lei Antimanicomial (Lei nº 10.216/2001), marco importantíssimo na luta pela Reforma Psiquiátrica e no movimento Antimanicomial, que teve início na década de 70.

Estabelecidas as diretrizes da Lei 10.216 que devem ornamentar as medidas de segurança em harmonia com a legislação vigente (Código Penal e de Processo Penal), na sequência, decorrerá uma análise do juízo de Curitiba concernente a dez decisões que tratam sobre medida de segurança.

Por fim, uma análise do estabelecimento em que os portadores de sofrimento psíquico estão enclausurados, local conhecido como manicômio judiciário popularmente, e formalmente chamado Complexo Médico Penal, para tanto será utilizado um Relatório de Fiscalização do Conselho Regional de Medicina do Paraná.

2 O DESENVOLVIMENTO HISTÓRICO DA MEDIDA DE SEGURANÇA E A SUA ATUAL SITUAÇÃO NO ORDENAMENTO JURÍDICO

Dar-se-á início ao desenvolvimento e origens das medidas de segurança a partir do período histórico denominado Iluminismo, para então, começar a se tratar sobre as primeiras codificações que deram origem as medidas de segurança como, de certa forma, conhecemos hoje.

Após, definidas as origens e o desenvolvimento das medidas de segurança, dar-se-á início a sua caracterização, e como foi adotado o sistema duplo-binário ou vicariante, atualmente em vigência, no Brasil.

2.1 O DIREITO MODERNO (ILUMINISMO E AS CODIFICAÇÕES DOS SÉCULOS XIX E XX) E AS MEDIDAS DE SEGURANÇA

No período denominado Direito Moderno, serão abordados dois períodos, o primeiro conhecido como Iluminismo, proveniente da Revolução Francesa e seus ideais, e o segundo será, posteriormente, ao início das codificações que abordaram de alguma maneira a Medida de Segurança, em grande parte como conhecemos hoje.

2.1.1 O período da Ilustração (final do séc. XVII e primeira metade do séc. XVIII) e sua contribuição para as posteriores codificações das medidas de segurança

Para fins de facilitar e encurtar esse trabalho de conclusão de curso, trataremos o Iluminismo e a Revolução Francesa como um único período histórico, respectivamente, um começo e um fim para o mesmo período; posteriormente dar-se-á início às codificações que foram influenciadas pela Escola Clássica e pela Escola Positivista, provenientes desses mesmos momentos, respectivamente.

Com o surgimento dos ideais Iluministas, que buscavam o fim do Antigo Regime e das monarquias absolutistas, com base na liberdade, igualdade e autonomia, e a consequente Revolução Francesa o próprio Direito sofreu uma guinada marcante, que posteriormente resultaria em uma mudança de *práxis* extremamente considerável para o ordenamento jurídico.

Segundo os ensinamentos de Julio L. Medina, a respeito do Iluminismo e das mudanças que tal período trará consigo para derrubar os ideais do Antigo Regime, temos que:

O Iluminismo vai considerar a educação como o principal baluarte da reforma social, uma vez que supõe um elemento imprescindível de prevenção especial. Com ela se pretende encher a mente dos homens de recursos e boas ideias que farão frente às necessidades sociais, que lhes sirva para impedir e evitar a comissão delitiva. Junto ao trabalho reeducador e agora com a instrução e o aprendizado social nos quais se preconiza os valores iluministas, fatores ambos de prevenção delitiva, que possibilitarão a aparição de um novo elemento de vital importância que trará a formação e o nascimento da Psiquiatria. A sociedade das punições e tratamentos desprovidos de violência e crueldade nos castigos e encarceramentos dos enfermos mentais e insociáveis, atitudes que começam a mudar o panorama criminal (...).¹

O período da ilustração (Iluminismo) trará consigo a criação/desenvolvimento da Escola Clássica, que segundo Paulo C. Busato:

ao estar construída sobre os fundamentos de uma **responsabilidade penal baseada no livre-arbítrio e na culpabilidade individual, resolvia o assunto dos inimputáveis internando-os em centros hospitalares que amiúde se mesclavam com os próprios centros penitenciários.**² (grifo nosso).

Ademais, da narrativa de John Howard, em sua obra *The State of the Prisons In England and Wales*, é possível extrair a situação catastrófica e desumanas que viviam os presos, e consequentemente os enfermos mentais que muitas vezes encontravam-se na mesma cela que os presos comuns.

¹ LEAL MEDINA, Julio. *La historia de las medidas de seguridad*. El Cano: Thompson-Aranzadi, 2006, p. 196, tradução nossa.

² BUSATO, Paulo César. *Direito penal: parte geral*. 2 ed.. São Paulo: Atlas, 2015. Pg. 846

Ora, se os presos careciam de assistência médica, é evidente que faltava tratamento para os deficientes mentais.

Ainda sobre a Escola Clássica, proveniente do primeiro momento, mais especificamente do Iluminismo (lembrando-se que esse primeiro momento aborda tanto o Iluminismo quanto a Revolução Francesa), temos que consoante àqueles que eram considerados de alguma maneira perigosos o Direito Penal intervia por meio das penas, não havia ainda a medida de segurança, como conhecemos hoje, se o sujeito perigoso tivesse sua periculosidade manifestada na prática de um fato criminoso, seria conseqüentemente ingresso na prisão.

Ou seja, o Estado somente interveria na vida de um enfermo mental, de um “periculoso”, se tal periculosidade viesse a ser o motivo do cometimento de um fato delituoso, assim, aprisionando-o. Porém, não mais excluindo o enfermo mental de forma descarada da sociedade, como ocorria nos tempos passados.

Com a Revolução Francesa no final do século XVIII, mais especificamente em 1789, há o surgimento da Escola Positivista, que trará alguns avanços para os portadores de sofrimento psíquico, principalmente na área da medicina, enquanto que o Direito, novamente, os afasta da sociedade.

Diferentemente da Escola Clássica, a Escola Positivista “desdenhava do livre-arbítrio e da culpabilidade do sujeito relacionado ao fato cometido”³. Sendo que na realidade, quando o Direito Penal se intersecciona com a Psiquiatria há uma completa alteração do perfil do próprio Direito Penal e, também, do conceito de periculosidade, que viria a ser cunhado por Enrico Ferri, da própria escola positivista.

Neste momento, que surgiu a Escola positiva, de acordo com Paulo C. Busato⁴, o Direito Penal estava em uma crise de crescimento, que se dava principalmente, pela união das penas e medidas de segurança, que eram imputadas pelo mesmo delito ao mesmo sujeito. Uma vez que a pena, adequada à culpabilidade, não podia fazer frente aos menores infratores e aos enfermos mentais.

³ *Ibidem*, pg. 848

⁴ *Ibidem*, pg. 847

Destarte, ainda dos ensinamentos do Prof. Dr. Paulo César Busato, temos que existiam duas possibilidades:

dotar a pena de um caráter preventivo, desvirtuando sua natureza, ou optar por estabelecer, mantendo íntegra a ideia de retribuição vinculada à pena, uma nova forma de consequência jurídica do delito. **Como resposta a esse problema, dirigida especialmente ao inimputável, apareceu a medida de segurança, a partir dos estudos desenvolvidos pela Escola positiva italiana, em especial dos trabalhos de Enrico Ferri e a Terza Scuola de Carnevale.**⁵ (grifo nosso).

A respeito do surgimento da medida de segurança, extraímos do livro do professor Julio Leal Medina que “o temor estava associado ao delinquente contumaz ou reincidente, bem como aos enfermos mentais que cometiam delitos graves, os quais eram apresentados como incorrigíveis e responsáveis, mesmo que não tivessem cometido qualquer delito”⁶.

Ora, neste momento do aparecimento da medida de segurança, a mesma aparecia com um sentido relacionado à periculosidade do sujeito, se esse poderia vir cometer algum delito, e não diretamente com a sua culpabilidade. Nas palavras de P. C. Busato, a respeito do surgimento da medida de segurança e do seu objetivo, explana-se o seguinte:

Havia uma pretensão de legitimação da medida de segurança contra a periculosidade derivada da probabilidade de comissão de um delito. A finalidade última era a reabilitação social do delinquente, mesmo que ele não cometesse nenhum delito, bastando simplesmente a demonstração de evidência da probabilidade de comissão futura (periculosidade social). As medidas de segurança logo se caracterizaram por serem desproporcionais ao delito e indeterminadas no tempo.⁷

Por fim, temos que a Escola positivista adotou as medidas de segurança pré-delituais, com fulcro na chamada *defesa social* e na expressão cunhada como *periculosidade social*. Ora, “a tutela social se tornou o objetivo primordial, pregando

⁵ *Ibidem*, pg. 847

⁶ LEAL MEDINA, Julio. *La historia de las medidas de seguridad*. El Cano: Thompson-Aranzadi, 2006, p. 22, tradução nossa.

⁷ BUSATO, Paulo César. *Direito penal: parte geral*. 2 ed.. São Paulo: Atlas, 2015. Pg. 848

a necessidade de custódia dos interesses coletivos a todo custo, ainda que em detrimento de garantias individuais”⁸.

Antes de adentrarmos nas codificações, provenientes dos séculos XIX e XX, (as primeiras que fizeram uso de alguma tentativa de tipificar as medidas de segurança) ressaltamos que é de grande importância esclarecer que apesar do conceito de periculosidade ter sido explorado de maneira ampla pela Medicina e suas especialidades, nenhum Código Penal conseguiu definir objetivamente o que é periculosidade.

2.1.2 A tipificação das medidas de segurança nas legislações penais dos séculos XIX e XX

Para facilitar o entendimento e a aparência linear, temporal e espacial das tipificações, dividiremos em tópicos cada uma das legislações que serão apresentadas, dando início pelo projeto de Código Penal Suíço de 1893, de Carl Stoos, até o Código Penal Brasileiro de 1940 (sendo que sua reforma de 1984 será abordada em capítulo próprio quando tratarmos sobre a contemporaneidade das medidas de segurança).

2.1.2.1 O projeto de Código Penal Suíço de 1893

A primeira aparição das medidas de segurança ocorreu com o trabalho de Carl Stoos, no projeto de Código Penal Suíço de 1893, sistema que abrangia tanto as penas como as medidas de segurança, no montante às consequências jurídicas do injusto penal.

Sobre o tema temos as anotações de Jorge de Figueiredo Dias:

⁸ *Ibidem*, pg. 847-848, citando LEAL MEDINA, Julio. *La historia de las medidas de seguridad*. El Cano: Thompson-Aranzadi, 2006, p. 17-18, traduzido do espanhol.

A consequência dogmática da existência de uma categoria de sanções criminais como algo de diferente das penas só despontou, efetivamente, com o Projeto de CP suíço de Carl Stoos (1893) (...); se bem que não deva ser esquecido, com anterioridade, o requisitório de Ferri (...) a favor de um sistema de medidas de *defesa social* que substituísse o sistema de penas tradicional.⁹

Também, sobre o projeto de Código Penal Suíço, temos nas palavras de T. S. Vives Antón que:

Foi obra de Carl Stoos, no Anteprojeto de Código Penal suíço de 1893, a primeira formulação completa de um sistema de medidas de segurança anexo ao sistema de penas. Desde um principio se puseram de manifesto os riscos e incertezas que uma reação penal associada, exclusivamente, à personalidade do delinquente, podia ter para os princípios básicos de um Estado de Direito.¹⁰

Por fim, nas palavras de P. C. Busato, temos que Stoos introduziu um sistema de medidas que se aplicava atendendo à periculosidade do delinquente, o que, desde o início, coloca em destaque os riscos e incertezas que essa reação penal criaria, uma vez que atenderia apenas pelo critério incerto da periculosidade frente aos princípios básico de um Estado de Direito.¹¹

2.1.2.2 A legislação da Alemanha e da Espanha

Na Alemanha, as medidas de segurança surgem tipificadas no ano de 1933, em 24 de dezembro, com a Lei de delinquentes comuns. A referida Lei foi largamente introduzida e difundida pelo regime nacional-socialista. Sobre o tema, vale ressaltar:

Para que se tenha ideia do uso político das medidas de segurança pelos nazistas, basta referir que a internação em ‘casas de trabalho’ (leia-se,

⁹ *Ibidem*, pg. 849, citando DIAS, Jorge de Figueiredo. Questões fundamentais do Direito penal revisitadas. São Paulo: Revista dos Tribunais, 1999. p. 141.

¹⁰ *Ibidem*, pg. 850, citando VIVES ANTÓN, Tomás Salvador. Comentarios al Código Penal de 1995. Valencia: Tirant lo Blanch, 1996. v. I, p.528-529.

¹¹ *Ibidem*, pg. 850.

campos de concentração) e a castração de delinquentes considerados perigosos (para evitar a propagação hereditária desta tendência), estiveram presentes no rol do § 42 do Código Penal da época, vindo a ser revogadas somente nos anos de 1969 e 1946, respectivamente.¹²

Enquanto que na legislação da Espanha, as medidas de segurança são introduzidas com o Código Penal de 1928, o qual adotou um sistema de medidas de segurança pré-delituais. Isto é, adotou-se um sistema com base na defesa social e na periculosidade social.

Ora, no art. 97 do referido Código espanhol não explicitava com o devido discernimento os fundamentos da medida de segurança, que, como mencionado, associava-se à periculosidade social do sujeito e com um sistema de defesa social (pretendiam-se os interesses coletivos em face das garantias individuais).

2.1.2.3 O Código Penal brasileiro de 1940

As positivamente normativas europeias, acima mencionadas, e em especial o Código Rocco italiano no caso do Brasil, foram os responsáveis pela introdução das medidas de segurança no direito latino-americano.

O Código Penal Brasileiro de 1940, fortemente amparado no Código Rocco italiano, já previa a modalidade das medidas de segurança pós-delituais. Entretanto, o diploma brasileiro não discernia os inimputáveis dos imputáveis, sendo a medida de segurança aplicável a quem fosse considerado “perigoso”.

Além de que na promulgação do Código Penal de 1940 foi escolhido o sistema duplo-binário, o qual previa, como mencionado, a imposição da medida de segurança tanto aos imputáveis quanto aos inimputáveis.

Destarte, reconhecida a periculosidade (estado perigoso), seriam aplicadas a pena e a medida de segurança, de maneira conjunta e sucessiva, também ao imputável, assim como ao inimputável e ao semi-imputável.

¹² *Ibidem*, pg. 850, citando NAUCKE, Wolfgang. Derecho Penal. Una Introducción. Trad. de Leonardo Germán Brond. Buenos Aires: Astrea, 2006. p. 116.

O Código Penal de 1940 positivava duas hipóteses de configuração do estado perigoso, fosse pela presunção legal ou pela declaração judicial, isto é, o reconhecimento.

Nos ensinamentos de Salo de Carvalho a respeito das medidas de segurança e da configuração do estado perigoso temos que:

O revogado art. 78 do Código determinava que seriam considerados perigosos (presunção legal de periculosidade): (a) os inimputáveis; (b) os semi-imputáveis; (c) os condenados por crime cometido em estado de embriaguez, se habitual a embriaguez; (d) os reincidente em crimes dolosos; (e) os condenados pro crime cometido por associação, bando ou quadrilha. Além disso, poderia ser reconhecida a periculosidade do autor do ilícito pelo julgador em seguintes hipóteses: (a) se os antecedentes e a personalidade, os motivos determinantes e as circunstâncias do fato, os meios empregados e os modos de execução, a intensidade do dolo ou o grau da culpa, autorizassem a suposição de que o sujeito viria ou tornaria a delinquir; e (b) se, na prática do fato, fosse revelada torpeza, perversão, malvadez, cupidez ou insensibilidade moral (art. 77 do Código Penal de 1940 com redação dada pela Lei n. 6.416/77).¹³

Assim, podemos concluir que o antigo sistema utilizado pelo ordenamento jurídico ofendia inúmeros princípios.

Ademais, evidentemente, feria o princípio *ne bis in idem*, uma vez que a aplicação conjunta da pena e da medida de segurança, apesar de possuírem fins e fundamentos distintos, configura duas punições a um único indivíduo por um mesmo fato.

Na prática, de acordo com os ensinamentos de Fragoso, a aplicação do direito penal pela administração da justiça criminal deixou demonstrada que:

a falência do sistema se deve ao fato de nunca ter sido possível distinguir, na execução, a pena privativa de liberdade, da custódia de segurança. Deve-se também, à precariedade do juízo de periculosidade, bem como a inexistência de estabelecimentos e pessoal técnico.¹⁴

¹³ CARVALHO, Salo de. Penas e medidas de segurança no direito penal brasileiro: fundamentos e aplicação judicial. São Paulo: Saraiva, 2013, p. 504-505

¹⁴ FRAGOSO, Heleno Cláudio. Lições de Direito Penal. 16. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2013, p. 496

Vale ressaltar os trabalhos de Reale Jr., Dotti, Andreucci e Pitombo, que foram grandes responsáveis pela mudança do sistema duplo-binário/dualista, na reforma do Código Penal 1984, para o sistema vicariante/monista. Os quais afirmaram que:

o Código Penal de 1940, tendo eleito a dupla via, incorreu em manifesto erro, porquanto primeiro para os imputáveis e semi-imputáveis, nas palavras de Antolisei, impõe a uma pessoa, necessitada de cura e de educação, as constrangedoras condições do cárcere, que só agravam a periculosidade que, depois, piorada, se buscará cancelar tudo para conciliar ou superar a oposição entre culpabilidade e periculosidade.¹⁵

Por fim, o sistema do duplo-binário ou dualista foi derrubado e aplicado o sistema vicariante ou monista com a Reforma da Parte Geral de 1984.

2.2 A CONTEMPORANIEDADE DA MEDIDA DE SEGURANÇA NO ORDENAMENTO JURÍDICO BRASILEIRO, A PARTIR DA REFORMA DO CÓDIGO PENAL DE 1984

Com a reforma da Parte Geral do Código Penal em 1984, deu-se início ao sistema vicariante no nosso ordenamento jurídico, tornando impossível condenar a mesma pessoa à pena em *strictu sensu* e à medida de segurança, como anteriormente era possível no sistema dualista. Isto é, ao inimputável é possível apenas a absolvição imprópria (medida de segurança), enquanto que ao semi-imputável restou: a redução da pena com a condenação e a consequente pena criminal ou, como ao inimputável, a absolvição imprópria.

Destarte, no sistema processual brasileiro há duas modalidades/espécies de medida de segurança: a medida de segurança detentiva – aquela por meio do internamento em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico – e a medida de segurança restritiva – conhecida por tratamento ambulatorial –, no entanto, nada

¹⁵ *Ibidem*, p, 505 citando REALE JR. et al. Penas e Medidas de Segurança no Novo Código. Rio de Janeiro: Forense, 1985, p, 284

impede que o juiz a seu critério decida pela substituição de uma por outra no decorrer do cumprimento da medida de segurança.

De acordo com o nosso ordenamento jurídico, nada impede que o juiz aplique tratamento ambulatorial, independente de que ao crime cometido pelo réu seja aplicada a detenção ou a reclusão.

Tal discricionariedade é fruto do princípio da individualização da medida de segurança, ora o tipo de medida imposta ao absolvido impropriamente não pode estar ligada à gravidade do injusto penal praticado, mas sim à própria necessidade de assistência que o portador de enfermidade mental tenha.

Segundo Rodrigo Roig, “a conexão entre gravidade do injusto e espécie de medida de segurança não passa de expressão de um modelo retributivista, securitário e periculosista quanto às medidas de segurança”¹⁶.

Destarte, podemos concluir que apenas com os ideais iluministas, que a medida de segurança ganhou um caráter, de certa maneira, de proteção do portador de sofrimento psíquico com alguma índole de dignidade de pessoa humana.

Entretanto, nenhum dos primeiros Códigos Penais se deu ao trabalho de se aprofundar no tema, apenas, determinando o que seria, para quem seria e qual seria a sanção. Tanto que na promulgação do Código Penal de 1940 entrou em vigor o sistema do dulplo-binário e somente com a Reforma de 1984 foi adotado o sistema vicariante, dando início a um processo de proteção e recuperação dos doentes mentais, uma luta Antimanicomial.

3 A ABSOLVIÇÃO IMPRÓPRIA NA PERSECUÇÃO E A MEDIDA DE SEGURANÇA NA EXECUÇÃO PENAL

Após abordarmos a origem e o desenvolvimento histórico da medida de segurança, podemos, agora, adentrar na medida de segurança propriamente, além

¹⁶ ROIG, Rodrigo Duque Estrada. Execução penal: teoria crítica. São Paulo: Saraiva, 2014, p. 496

de seu procedimento na persecução penal, mais especificamente na parte processual (apenas como curiosidade e complementação à execução da absolvição imprópria, isto é, a medida de segurança) e, posteriormente, na execução penal (a qual terá uma maior ênfase, uma vez que é o foco desse Trabalho de Conclusão de Curso).

3.1 A (IN)IMPUTABILIDADE E A PERICULOSIDADE

Primeiramente, é necessário ressaltar que aqui trataremos apenas do inimputável caracterizado no art. 26¹⁷, *caput*, do Código Penal, que positiva como inimputável o agente que, **por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado**, era, ao tempo dos fatos, incapaz de determinar a ilicitude destes.

Segundamente, que não será tratada a teoria do delito de maneira ampla e abrangente, entretanto é necessário que se tenha um conhecimento prévio para que seja possível abordar a (in)imputabilidade.

Destarte, as respostas jurídicas aos ilícitos cometidos pelos inimputáveis (leia-se os mencionados no supracitado artigo – portadores de sofrimento psíquico – excluindo-se os menores de idade) é a aplicação da medida de segurança.

Segundo Junqueira, “imputar significa atribuir responsabilidade. O juízo de inimputabilidade valora o sujeito como incapaz de ser responsabilizado”.¹⁸

Assim como ensina Zaffaroni e Pierangeli, a imputabilidade penal é a “capacidade psíquica de ser sujeito de reprovação, composta da capacidade de

¹⁷ Art. 26 - É isento de pena o agente que, por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era, ao tempo da ação ou da omissão, inteiramente incapaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

Parágrafo único - A pena pode ser reduzida de um a dois terços, se o agente, em virtude de perturbação de saúde mental ou por desenvolvimento mental incompleto ou retardado não era inteiramente capaz de entender o caráter ilícito do fato ou de determinar-se de acordo com esse entendimento.

¹⁸ JUNQUEIRA, Gustavo Octaviano Diniz. Direito Penal 2016.

compreender a antijuridicidade da conduta e a de adequá-la de acordo com esta compreensão”¹⁹, sendo conseqüentemente a inimizabilidade o inverso disso.

A inimizabilidade pode ser considerada como uma “incapacidade psíquica”, a qual afronta diretamente um dos elementos caracterizadores do crime (conforme a teoria do delito), isto é, a culpabilidade. Assim, a doença mental e o desenvolvimento mental incompleto ou retardado são excludentes de culpabilidade.

Haja visto que um dos elementos do delito está excluído, isto é, a culpabilidade, é impossível falar em crime quando praticado um ilícito por um sujeito nas condições citadas, destarte, a inexistência de um crime resulta na impossibilidade de aplicação da pena.

Enquanto que para os agentes que cometem uma conduta considerada um injusto penal e são imputáveis há um sistema de responsabilidade criminal de culpabilidade (imputabilidade/pena), o qual resulta na pena. Para os inimputáveis há um sistema de responsabilidade criminal de periculosidade (inimizabilidade/medida de segurança).

De acordo com Juarez Cirino dos Santos temos que:

O Estado pretende cumprir a tarefa de proteger a comunidade e o cidadão contra fatos puníveis utilizando instrumentos legais alternativos: a) penas criminais, fundadas na culpabilidade do autor; b) medidas de segurança, fundadas na periculosidade do autor (...). Ao contrário da natureza retributiva das penas criminais, fundadas na culpabilidade do fato passado, as medidas de segurança, concebidas como instrumento de proteção social e de terapia individual – ou como medidas de natureza preventiva e assistencial, segundo a interpretação paralela do legislador -, são fundadas na periculosidade de autores inimputáveis de fatos definidos como crimes, com o objetivo de prevenir a prática de fatos puníveis futuros.²⁰

As medidas de segurança são fundadas na periculosidade do autor, conforme dita a Doutrina e até mesmo a historicidade da própria medida de

¹⁹ ZAFFARONI, Eugenio Raúl e PIERANGELI, José Henrique. Manual de Direito Penal Brasileiro. 9 ed. São Paulo: Revista dos Tribunais, 2011, p. 542.

²⁰ CARVALHO, Salo de. Penas e medidas de segurança no direito penal brasileiro: fundamentos e aplicação judicial. São Paulo: Saraiva, 2013, p. 501 citando SANTOS, Juarez Cirino dos. Direito Penal: parte geral. 2 ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2007, p.639.

segurança, como visto anteriormente, introduz a periculosidade (em *lato sensu*) como principal fundamento das medidas de segurança, além da inimputabilidade.

Periculosidade é a condição ou potência de perigo. Nas palavras de Salo de Carvalho a respeito da periculosidade destaca-se.

O sujeito perigoso, ou dotado de periculosidade, seria aquele que, diferentemente do culpável, não possui condições mínimas de discernir a situação em que está envolvido, sendo impossível avaliar a ilicitude do seu ato e, consequentemente, atuar conforme as expectativas do direito (agir de acordo com a lei).²¹

Consequentemente a essa periculosidade, que seria a presença de déficits cognitivos, isto é, a ausência de índole mental para conduzir suas intenções, desejos e vontades (o que caracterizaria o dolo), aplicar a este sujeito uma pena, em *stricto sensu*, notadamente com caráter retributivo é completamente inaceitável e, inapropriado, sendo algo totalmente contrário ao Estado Democrático de Direito.

Ato contínuo, na estrutura do delito que contem a culpabilidade pela reprovabilidade, de acordo com a qual se decide a pena proporcionalmente à reprovação dos atos praticados pelo sujeito, no caso do doente mental há a ausência da responsabilidade criminal, sendo a pena alterada pela medida de segurança e a retributividade da sanção trocada pela orientação de tratamento do paciente.

3.2 A ABSOLVIÇÃO IMPRÓPRIA DO INIMPUTÁVEL (DOENTE MENTAL)

O instrumento necessário para a verificação da periculosidade do réu, que consequentemente resultará na sua inimputabilidade, será o incidente de insanidade mental, regulado pelos artigos 149 a 154 do Código de Processo Penal.

²¹ *Ibidem*, p. 502

De acordo com o art. 149, caput, do CPP, “quando houver dúvida sobre a integridade mental do acusado, o juiz ordenará, de ofício ou a requerimento do Ministério Público, do defensor, do curador, do ascendente, descendente, irmão ou cônjuge do acusado, seja este submetido a exame médico-legal”.

Enquanto, os §§ 1º e 2º do artigo 149 do estatuto processual, respectivamente, positivam que o incidente de insanidade mental poderá ser requerido em qualquer fase da persecução penal (tanto no inquérito como no processo de conhecimento), além de suspender o processo, excetuando-se as diligências necessárias que podem ser prejudicadas pelo adiamento, e devendo ser nomeado um curador ao acusado.

O instrumento necessário à verificação da sanidade mental do acusado será processado em auto apartado, sendo que, apenas, após a apresentação do laudo, será apenso ao processo principal.

Destaca-se dos ensinamentos de Salo de Carvalho a respeito do incidente de insanidade mental e a necessidade de uma perícia psiquiátrica.

Cabe, pois, ao médico legista (psiquiatra forense) a tarefa de atestar o grau de periculosidade do autor do fato. Periculosidade entendida, na sistemática dos Códigos Penal e de Processo Penal, como um *estado de antisociabilidade* que permite realizar um *juízo de probabilidade de delinquência futura* baseado nos déficits psíquicos do periciando.²²

Conforme o art. 150, *caput*, do Código de Processo Penal, para que o exame de sanidade mental seja realizado, caso réu esteja preso, será o mesmo transferido para o manicômio judiciário (denominação não mais utilizada, que foi substituída por HCTPs – Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico –, em Curitiba, o Complexo Médico Penal), entretanto se estiver livre, se assim desejarem os peritos, será internado em estabelecimento adequado designado pelo juiz.

Enquanto que, o parágrafo 1º do art. 150 do CPP define o prazo de duração do exame, que será de no máximo quarenta e cinco dias, a não ser no caso dos

²² CARVALHO, Salo de. Penas e medidas de segurança no direito penal brasileiro: fundamentos e aplicação judicial. São Paulo: Saraiva, 2013, p. 502

peritos demonstrarem a necessidade de um prazo maior. E o parágrafo 2º do art. 150 do CPP estabelece a possibilidade de se encaminhar os autos aos peritos, para que o trabalho do exame seja facilitado, algo extremamente equivocado, assim como grande parte da sistemática processual, uma vez que pode dar ensejo ao primado da hipótese sobre o fato, isto é, o perito antes de realizar o exame ao estudar os autos, ao menos, será induzido a um exame já pré-constituído.

Ressalta-se que assim como o magistrado, o representante do Ministério Público, a Defesa (advogado e curador) poderão apresentar quesitos a serem respondidos no laudo realizado pelo perito, porém, estes “devem ser formulados de maneira simples, abrangendo os requisitos causais, cronológicos e consequenciais tanto do art. 26 do CP como do seu respectivo parágrafo”.²³

Após a realização do exame, há basicamente três hipóteses, ou decide-se pela inimputabilidade, semi-imputabilidade, ou que a doença mental sobreveio após o cometimento do delito, ou que o réu é mentalmente saudável.

Na primeira hipótese, da inimputabilidade, o réu não tinha capacidade para compreender os fatos, ficando caracterizada sua irresponsabilidade, conforme o art. 26 do CP. Na segunda hipótese, o processo será suspenso até que o réu se reestabelece e o julgamento possa continuar, sendo-lhe nomeado curador, e também podendo o juiz ordenar a internação do acusado em HCTP ou outro estabelecimento adequado. Na última hipótese, o réu é imputável e o processo tem seu curso normal continuado.

Sendo considerado inimputável o réu e atestada sua periculosidade, será este absolvido impropriamente, isto é, será imposta ao acusado a medida de segurança.

Ademais, a absolvição imprópria tem como base dispositivos legais, que segundo Rodrigo Roig.

São clássicos do controle penal típico do Estado de Polícia e partidário do Direito Penal de autor, que implicam o retrocesso da medida de segurança

²³ WEIGERT, Mariana de Assis Brasil e. O DISCURSO PSIQUIÁTRICO NA IMPOSIÇÃO E EXECUÇÃO DAS MEDIDAS DE SEGURANÇA. Rio Grande do Sul. PUC-RS. 2015 *citando* TOURINHO FILHO, Manual de Processo Penal, p. 433.

às suas origens de instrumento de defesa social preventiva, dissociada da prática de injustos penais e voltada à contenção securitária do “estado de periculosidade social”.²⁴

Nas palavras de Salo de Carvalho.

O reconhecimento do *estado de periculosidade* (fundamento da aplicação da medida de segurança) produz significativos **efeitos sancionatórios**. Em razão de a periculosidade ser entendida como um *estado* ou um *atributo natural* do sujeito – o indivíduo carrega consigo uma potencia delitiva que a qualquer momento pode se concretizar em um ato lesivo contra si ou contra terceiro -, a resposta estatal não pode ser determinada *ex ante*. Se a pena é fixada por meio de um extenso procedimento judicial (art. 59 do Código Penal) e a sua execução é expressamente limitada no tempo (art. 75, Código Penal), a finalidade *curativa* do *tratamento* realizado no cumprimento da medida impede estabelecer prazos de duração.²⁵

Absolvido impropriamente, decide-se em qual espécie será o tratamento do inimputável, o qual é previsto em duas: a internação psiquiátrica e o tratamento ambulatorial. Assim como o prazo mínimo e o “prazo máximo”.

3.3 A ESCOLHA JUDICIAL PELA DE MEDIDA DE SEGURANÇA QUE SERÁ APLICADA AO DOENTE MENTAL

Conforme mencionado, há duas espécies de medida de segurança, sendo ambas reguladas no art. 96 do Código Penal, o qual explicita:

Art. 96. As medidas de segurança são:

I - Internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou, à falta, em outro estabelecimento adequado;

II - sujeição a tratamento ambulatorial.

²⁴ ROIG, Rodrigo Duque Estrada. Execução penal: teoria crítica. São Paulo: Saraiva, 2014.

²⁵ CARVALHO, Salo de. Penas e medidas de segurança no direito penal brasileiro: fundamentos e aplicação judicial. São Paulo: Saraiva, 2013, p. 502 - 503

Assim há a medida de segurança de internação (regulado no inciso I) e o tratamento ambulatorial (inciso II).

A medida de segurança em sua modalidade detentiva (internação) será cumprida em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico – HCTP – ou em qualquer outro estabelecimento com características similares. Apesar da mudança de nomenclatura de manicômios judiciais para HCTP, as características do primeiro se mantiveram na prática.

Ora, os manicômios judiciais ou os HCTP são “instituições totais com características asilares e segregacionistas similares às penitenciárias”²⁶.

A própria Lei de Execução Penal (LEP) é omissa e relapsa quanto às características dos hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico. Em seu art. 99 estipula que “o Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico destina-se aos inimputáveis e semi-imputáveis referidos nos artigos 26 e seu parágrafo único do Código Penal”, afirmando também, em seu parágrafo único, que serão aplicados aos hospitais as características das celas individuais que abrigam os condenados nas penitenciárias, conforme o art. 88 da LEP. Vejamos.

“Art. 88. O condenado será alojado em cela individual que conterá dormitório, aparelho sanitário e lavatório.

Parágrafo único. São requisitos básicos da unidade celular:

a) salubridade do ambiente pela concorrência dos fatores de aeração, insolação e condicionamento térmico adequado à existência humana;

b) área mínima de 6,00m² (seis metros quadrados)”.

Ora, é evidente que a Lei de Execução Penal não garante espaço, além de indicar o modelo penitenciário, a essas instituições quanto ao seu ambiente e a sua infraestrutura material.

A respeito da alteração na nomenclatura na legislação quanto ao estabelecimento em que se cumpre a medida de segurança e as condições empíricas do mesmo, destacam-se as palavras de Bittencourt.

²⁶ *Ibidem*, p. 506

A mudança na nomenclatura ocorrida na Reforma de 1984 – substituição do termo manicômio judiciário por hospital de custódia e tratamento psiquiátrico – em nada alterou a realidade do sistema de sanção ao inimputável, pois as características manicomiais seguem presentes no sistema atual.²⁷

A outra modalidade de medida de segurança é aquela que encaminha o paciente para tratamento ambulatorial, chamada, evidentemente de tratamento ambulatorial ou medida de segurança restritiva.

Nesta espécie de medida de segurança é imposto ao paciente que seja realizado um acompanhamento médico-psiquiátrico sem que o mesmo seja detido em instituição, ou seja, o paciente mantém-se em sua residência ou em casa de apoio (p. ex. CAPS – Centro de Atenção Psicossocial) e esporadicamente deve ir realizar o seu acompanhamento com o devido profissional.

Conclui-se, conforme a Exposição de Motivos do Código Penal que existem:

duas espécies de medida de segurança (...): a detentiva e a restritiva. A detentiva consiste na internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico (...). O Projeto consagra significativa inovação ao prever a medida de segurança restritiva, consistente na sujeição do agente a tratamento ambulatorial, cumprindo-lhe comparecer ao hospital nos dias que lhe forem determinados pelo médico, a fim de ser submetido à modalidade terapêutica prescrita.²⁸

Porém, o ordenamento jurídico é vago quanto ao critério de aplicação judicial para se definir a espécie de medida de segurança. Basicamente, conforme o art. 97, *caput*, do CP, será a espécie de medida de segurança definida de acordo com a gravidade do injusto (detenção ou reclusão).

Esta forma de decisão é uma afronta aos princípios e garantias elencados na Carta Magna. Além de deixar à mercê de um magistrado (que em regra não é

²⁷ BITTENCOURT, Cezar Roberto. Tratado de Direito Penal: Parte Geral. 16 ed. São Paulo: Saraiva, 2011, p. 783

²⁸ CARVALHO, Salo de. Penas e medidas de segurança no direito penal brasileiro: fundamentos e aplicação judicial. São Paulo: Saraiva, 2013 *citando* Exposição de Motivos do Código Penal, §§ 89 e 90, p. 507

formado em Psicologia ou Psiquiatria) a decisão a respeito do tratamento de um enfermo mental.

Afronta-se diretamente o princípio da individualização da sanção penal, *in casu*, da medida de segurança. A motivação da sentença, com critérios judiciais, pelo magistrado decide o tipo de regime e a espécie de sanção. “A definição das espécies de medida a partir de um critério abstrato parece, portanto, estar em oposição à estrutura principiológica (constitucional e legal) que orienta a aplicação das sanções”²⁹.

Além de também atentar contra o princípio da subsidiariedade³⁰, uma vez que o critério abstrato elencado para se decidir quanto ao tratamento de internação afronta a tendência de se utilizar excepcionalmente a internação (princípio da subsidiariedade) que, na prática, difere em pequeno grau do caráter aflitivo do sistema punitivo.

o juiz deve preferir, sempre que legalmente possível, o tratamento ambulatorial. Está mais do que demonstrada a nocividade da internação psiquiátrica. Os manicômios judiciários, como instituições totais, funcionam como sinal negativo, agravando a situação mental do doente.³¹

Segundo o critério elencado para se decidir a espécie de medida de segurança, deveria ser designada a internação aos delitos mais graves. Entretanto, tal critério é apenas hipotético, uma vez que não há proporcionalidade da quantidade e da espécie da pena com a gravidade do delito.

A priori, o Código Penal decide pela internação, porque não se veda sua aplicação aos delitos puníveis com detenção, contudo, a Doutrina e a Jurisprudência optam pela fragmentação das espécies de medida de segurança, restringindo o tratamento ambulatorial aos casos de detenção e a internação aos de reclusão.

O Supremo Tribunal Federal decidiu no HC 85.401 que “em casos excepcionais, admite-se a substituição da internação por medida de tratamento

²⁹ *Ibidem*, p. 508

³⁰ *Idem*

³¹ FRAGOSO, Heleno Cláudio. Lições de Direito Penal. 16. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2013, p. 501

ambulatorial quando a pena estabelecida para o tipo é a reclusão, notadamente quando manifesta a desnecessidade da internação”³².

Ressalta-se que no mesmo julgado foi exaltado que “torna ainda mais injusta e desaconselhável a internação do paciente em hospital psiquiátrico judicial”, uma vez que a Lei 10.216/2001 (Lei Antimanicomial) questiona a efetividade da custódia dos doentes mentais nos regimes asilares e sua diretriz de gradual desativação dos hospitais psiquiátricos.

Ora tal modelo que permite que seja imposta medida de segurança a um crime de infração leve, o qual deveria ser resolvido de forma mais amena e menos gravosa, permitindo com isto tudo que o direito penal se intrometa em espaços cada vez mais particulares.

Repete-se, o portador de transtorno mental fica à mercê da discricionariedade de um juiz que em regra não tem a menor base sobre medicina, psicologia ou psiquiatria, e está decidindo sobre um ser humano que necessita de um tratamento adequado e não de uma medida de segurança que na sua essência é punitiva.

3.4 O PRAZO MÍNIMO E MÁXIMO DA MEDIDA DE SEGURANÇA

Após o magistrado decidir pela espécie de segurança na absolvição imprópria, é necessário determinar a quantidade de tempo em que o paciente ficará em medida de segurança.

Quanto ao prazo máximo, a legislação penal elenca em seu art. 97, § 1º, que a medida de segurança, independente da espécie, se dará pro prazo indeterminado.

Entretanto, uma vez que a Constituição Federal veda a perpetuidade da pena – pena essa que deve ser considerada no seu sentido amplo, abrangendo, assim, as medidas de segurança – o STF, primeiramente, nos julgados do HC 84.

³² Supremo Tribunal Federal, *Habeas Corpus* 85.401, Rel. Min. Cezar Peluso, j. 04.12.2009

219³³ e do HC 97.621³⁴ decidiu que a medida de segurança deve perdurar enquanto não cessada a periculosidade do paciente, porém, limitada ao prazo máximo de trinta anos.

Posteriormente, o STJ, assim como a Doutrina (por exemplo, Bittencourt e Ferrari) mudou o entendimento, afirmando que a medida de segurança deveria perdurar pelo prazo máximo correspondente à pena em abstrato aplicada ao injusto cometido pelo doente mental, vide HC 122.522³⁵.

Quando no ano de 2015, foi conseguido um dos maiores avanços efetivos empiricamente na luta antimanicomial, sendo editada a Súmula 527 do STJ³⁶, que concretiza o entendimento acima, do prazo máximo ser o da pena abstratamente cominada ao delito praticado.

Sendo definindo o prazo máximo da medida de segurança, conforme o estipulado na Súmula 527 do STJ.

Em relação ao prazo mínimo, o Código Penal prevê que não poderá ser inferior a 01 (um) ou superior a 03 (três) anos.

Se o fundamento da medida de segurança é a periculosidade e o seu objetivo é tratar o paciente até se alcançar a sua cessação, é de certa forma contraditória a determinação de um prazo mínimo. Vejamos.

Imaginem-se os casos em que o sujeito, ao longo de um processo criminal que pode durar anos, submeteu-se a tratamento psiquiátrico e psicológico, e, no momento da sentença, está em plenas condições de convívio social, não apresentando risco de reincidência maior do que aquele inerente a todas as pessoas. Situação similar seria a dos casos em que o sujeito inicia

³³ “A interpretação sistemática e teleológica dos artigos 75, 97 e 183, os dois primeiros do Código Penal e o último da Lei de Execuções Penais, deve fazer-se considerada a garantia constitucional abolidora das prisões perpétuas. A medida de segurança fica jungida ao período máximo de trinta anos” (Supremo Tribunal Federal, *Habeas Corpus* 84.219, Rel. Min. Marco Aurélio, j. 15.02.2005)

³⁴ “A medida de segurança deve perdurar enquanto não haja cessada a periculosidade do agente, limitada, contudo, ao período máximo de trinta anos” (Supremo Tribunal Federal, *Habeas Corpus* 97.621, Rel. Min. Cezar Peluso, j. 02.06.2009)

³⁵ “a compreensão de que o tempo de duração da medida de segurança não deve ultrapassar o limite máximo da pena abstratamente cominada ao delito praticado, com fundamento nos princípios da isonomia e da proporcionalidade” (Superior Tribunal de Justiça, *Habeas Corpus* 122.522, Rel. Min. Og Fernandes, j. 18.08.2010)

³⁶ Súmula 527-STJ: O tempo de duração da medida de segurança não deve ultrapassar o limite máximo da pena abstratamente cominada ao delito praticado. (STJ. 3ª Seção. Aprovada em 13/05/2015, DJe 18/05/2015).

o cumprimento da medida e é constatada a cessação da periculosidade antes do período mínimo.³⁷

Inclusive a própria Lei de Execuções Penais, no art. 176³⁸, prevê que o exame de cessação de periculosidade possa acontecer anteriormente ao prazo mínimo de um ano.

Conforme explicita Paulo Queiroz, “a medida de segurança perde a sua razão de ser, parecendo que o constrangimento deva cessar prontamente, em homenagem aos princípios da humanidade e proporcionalidade, especialmente”³⁹.

Conclui-se que o mais sensato é a extinção do prazo mínimo para as medidas de segurança, pela não definição de um prazo mínimo, pelos motivos acima demonstrados, além de não haver critérios adequados para decidi-lo na Doutrina e Jurisprudência.

3.5 A EXECUÇÃO PENAL DA MEDIDA DE SEGURANÇA

Após ter sido absolvido impropriamente é aplicada ao paciente a medida de segurança, sendo expedida a guia de internamento ou tratamento ambulatorial, a depender do caso.

Conforme dito anteriormente, a legislação não estabelece um prazo máximo (inconstitucionalidade resolvida, segundo a Súmula 527 do STJ), entretanto, é positivado a realização de exames periódicos, chamados de exame de cessação de periculosidade, para se verificar a necessidade de se dar continuidade ao tratamento

³⁷ CARVALHO, Salo de. Penas e medidas de segurança no direito penal brasileiro: fundamentos e aplicação judicial. São Paulo: Saraiva, 2013, p. 515-516

³⁸ Art. 176. **Em qualquer tempo, ainda no decorrer do prazo mínimo de duração da medida de segurança**, poderá o Juiz da execução, diante de requerimento fundamentado do Ministério Público ou do interessado, seu procurador ou defensor, ordenar o exame para que se verifique a cessação da periculosidade, procedendo-se nos termos do artigo anterior. (grifo nosso)

³⁹ CARVALHO, Salo de. Penas e medidas de segurança no direito penal brasileiro: fundamentos e aplicação judicial. São Paulo: Saraiva, 2013, citando QUEIROZ, Paulo. Direito Penal: Parte Geral. ed. 7. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2011, p. 457

do interno (no caso do tratamento de internação) ou do paciente (no caso do tratamento ambulatorial).

A realização do exame de cessação de periculosidade, uma primeira vez, será estabelecida pelo juiz do processo de conhecimento, isto é, o da absolvição imprópria, ao fim do prazo mínimo estabelecido (superior a um ou inferior a três anos).

Ato contínuo, se deste primeiro exame ficar constatado que o sujeito ainda se enquadra como perigoso, será realizado novo exame no decorrer de um ano, dando esta sequência até o laudo constatar o cessar da periculosidade, salvo as hipóteses do art. 97, § 2º do CP e art. 176 da LEP, que possibilita a realização do exame a qualquer tempo, desde que a partir de requerimento das partes interessadas ou do juiz.

O exame de cessação de periculosidade está positivado no art. 175 da Lei de Execuções Penais.

Art. 175. A cessação da periculosidade será averiguada no fim do prazo mínimo de duração da medida de segurança, pelo exame das condições pessoais do agente, observando-se o seguinte:

I - a autoridade administrativa, até 1 (um) mês antes de expirar o prazo de duração mínima da medida, remeterá ao Juiz minucioso relatório que o habilite a resolver sobre a revogação ou permanência da medida;

II - o relatório será instruído com o laudo psiquiátrico;

III - juntado aos autos o relatório ou realizadas as diligências, serão ouvidos, sucessivamente, o Ministério Público e o curador ou defensor, no prazo de 3 (três) dias para cada um;

IV - o Juiz nomeará curador ou defensor para o agente que não o tiver;

V - o Juiz, de ofício ou a requerimento de qualquer das partes, poderá determinar novas diligências, ainda que expirado o prazo de duração mínima da medida de segurança;

VI - ouvidas as partes ou realizadas as diligências a que se refere o inciso anterior, o Juiz proferirá a sua decisão, no prazo de 5 (cinco) dias.

Destaca-se que além do laudo psiquiátrico, nas varas de Curitiba, é também incluído um laudo psicológico e um laudo pedagógico, em regra. Sendo também possível a elaboração de quesitos pelo representante do Ministério Público e do

defensor. Então, decidindo o magistrado pela manutenção do internamento, pela alteração da espécie de medida de segurança (internação para tratamento ambulatorial e vice-versa), pelo desinternamento do paciente ou liberação do tratamento ambulatorial.

Sendo a decisão pelo desinternamento ou pela liberação do tratamento ambulatorial, ficará o doente mental, em tese, curado em um período de prova por um ano. Ou seja, durante o decorrer de um ano após a interrupção do tratamento, deverá permanecer ser demonstrar indicativos de que sua periculosidade retornou, ressalta-se que tais indicativos não dizem respeito apenas ao cometimento de outro injusto penal, para então ser decretada a cessação completa da medida de segurança (conforme dita o art. 97, § 3º do CP⁴⁰).

Existem ainda duas possibilidades nas quais a pena privativa de liberdade, e apenas esta, poderá ser substituída por medida de segurança.

A uma, quando superveniente for constatada perturbação mental do condenado, sendo determinada de ofício ou por requerimento do Ministério Público, da Defensoria Pública ou de autoridade administrativa⁴¹.

A duas, no caso descrito no art. 98 do CP ⁴², isto é, quando o juiz constatar que o condenado considerado semi-imputável necessite de tratamento psiquiátrico.

Em ambas as hipóteses de substituição da pena por medida de segurança, o prazo máximo da medida será o estipulado na sentença, isto é, a pena em concreto, diferentemente da regra.

⁴⁰ § 3º - A desinternação, ou a liberação, será sempre condicional devendo ser restabelecida a situação anterior se o agente, antes do decurso de 1 (um) ano, pratica fato indicativo de persistência de sua periculosidade.

⁴¹ Conforme positivam o art. 183 da LEP: “quando, no curso da execução da pena privativa de liberdade, sobrevier doença mental ou perturbação da saúde mental, o Juiz, de ofício, a requerimento do Ministério Público, da Defensoria Pública ou da autoridade administrativa, poderá determinar a substituição da pena por medida de segurança”; e o art. 41 do CP: “o condenado a quem sobrevém doença mental deve ser recolhido a hospital de custódia e tratamento psiquiátrico ou, à falta, a outro estabelecimento adequado”.

⁴² Na hipótese do parágrafo único do art. 26 deste Código e necessitando o condenado de especial tratamento curativo, a pena privativa de liberdade pode ser substituída pela internação, ou tratamento ambulatorial, pelo prazo mínimo de 1 (um) a 3 (três) anos, nos termos do artigo anterior e respectivos §§ 1º a 4º

4. A ATUALIDADE DAS MEDIDAS DE SEGURANÇA NO ORDENAMENTO JURÍDICO, ESPECIFICAMENTE NO JUÍZO DE CURITIBA

Após de terem sido definidos o procedimento exigido tanto na persecução penal como na execução e os fundamentos (inimputabilidade e periculosidade) da medida de segurança.

É necessária uma análise da Lei Antimanicomial, responsável pela reforma psiquiátrica, para, então, realizar-se uma análise quanto ao posicionamento da Vara de Execução de Penas de Réus ou Vítimas Femininas e de Medidas de Segurança de Curitiba. Levando-se em conta a Lei de Reforma Psiquiátrica e dez decisões aleatórias da referida vara.

Por fim, a situação atual do Complexo Médico Penal, com base em um relatório realizado pelo CRM requerido pela Defensoria Pública do Estado do Paraná.

4.1 A LEI DA REFORMA PSIQUIÁTRICA OU ANTIMANICOMIAL (LEI 10.216/2001) E A ALTERAÇÃO DOS CONCEITOS DA MEDIDA DE SEGURANÇA (PERICULOSIDADE E INIMPUTABILIDADE)

A Lei 10.216/2001 teve como marco a necessidade de uma mudança paradigmática em relação aos conceitos de periculosidade e inimputabilidade.

Primeiramente, tratar-se-á da (in)adequação normativa e conceitual do fundamento da periculosidade na aplicação das medidas de segurança, conforme dita a Lei Antimanicomial.

Anteriormente à Lei da Reforma Psiquiátrica, a psicologia social, a criminologia crítica e a crítica ao direito penal realizaram anotações críticas bastante contundentes quanto ao fundamento e o conceito de periculosidade, assim como, a sua manutenção normativa, porém, apenas com a Lei 10.216/2001 tornou-se possível o confronto direto ao Código Penal.

Quanto às críticas anteriores à promulgação da referida Lei, nas palavras de Fragoso, a respeito do problema conceitual do termo periculosidade.

É, em substancia, um juízo de probabilidade que se formula diante de certos indícios. Trata-se de juízo empírico formulado, e, portanto, sujeito a graves erros. Pressupõe-se sempre, como é óbvio, uma ordem social determinada a que o sujeito deve ajustar-se e que não é questionada⁴³

O autor, ainda ressalta os problemas provenientes da instrumentalização do conceito deficitário de periculosidade na perícia.

As dificuldades a que conduz o critério legal, que concebe a psicologia da ação de forma que não corresponde à realidade. A ação se divide numa parte racional ou intelectual e noutra parte em que se opera a decisão da vontade. O perito pode constatar o estado de alteração do psiquismo, de fundo biológico, e assim pode afirmar se o acusado é, ou não, portador de qualquer das doenças mentais, mas são irrespondíveis as indagações sobre a capacidade de entendimento do injusto e sobre a capacidade de determinação conforme tal entendimento (Kurt Schneider)⁴⁴

Das palavras de Salo de Carvalho, a respeito da Lei da Reforma Psiquiátrica e da inadequação dos conceitos sustentados pelo Código Penal, pode-se extrair que “com o advento da Lei da Reforma Psiquiátrica, é possível avaliar a (in)adequação dos preceitos do Código Penal que sustentam a absoluta ausência de responsabilidade penal do portador de sofrimento psíquico que praticou ato ilícito”⁴⁵.

Virgílio de Mattos sustenta a não recepção do art. 26 do Código Penal pela Constituição Federal de 1988 por legitimar a perpetuidade das medidas de segurança. Ora, tal discussão também acarretaria em um debate a respeito da não recepção do art. 97, em seu § 1º do Código Penal pela Constituição de 1988.

Para além da discussão, o autor conclui que a Lei 10.216/2001 alterou a noção de tratamento, substituindo-a pela noção de prevenção, o que acarretaria na exclusão do estado de periculosidade.

⁴³ FRAGOSO, Heleno Cláudio. Lições de Direito Penal. 16. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2013, p. 499

⁴⁴ *Ibidem*, p. 246

⁴⁵ CARVALHO, Salo de. Penas e medidas de segurança no direito penal brasileiro: fundamentos e aplicação judicial. São Paulo: Saraiva, 2013, p. 523

A solução não pode ser apenas – unanimidade a partir do final do século XIX -, nem tratar – vez que o ‘tratamento’ tem sempre implicado maior exclusão -, mas prevenir que o portador de sofrimento mental passe ao ato e transforme, transformando, sua própria vida e daqueles que lhe são próximos. Portanto, o tratamento de que fala a Lei 10.216/01 só pode ser entendido como as medidas de cuidado e acompanhamento, no processo de inserção social do portador de sofrimento mental, ou seja, o que temos denominado prevenção⁴⁶

Além da imprecisão científica e da dubiedade do conceito de periculosidade, isto é, nas palavras de Mattos:

O conceito de periculosidade não possui nenhum fundamento científico, sendo fruto muito mais de um preconceito oracular sobre o futuro comportamento problemático (‘desviante’, ‘criminoso’) do cidadão problemático (seja criança, adolescente, adulto ou idoso) do que propriamente de uma situação concreta.⁴⁷

Assim como explicita Maria Lúcia Karam:

A ideia de ‘periculosidade’ não se traduz por qualquer dado objetivo, ninguém podendo, concretamente, demonstrar que A ou B, psiquicamente capaz ou incapaz, vá ou não realizar uma conduta ilícita no futuro. Já por isso, tal ideia se mostra incompatível com a precisão que o princípio da legalidade, constitucionalmente expresso, exige de qualquer conceito normativo, especialmente em matéria penal. A ‘periculosidade’ do imputável é uma presunção, que não passa de uma ficção, baseada no preconceito que identifica o ‘louco’ – ou quem quer que apareça como ‘diferente’ – como perigoso.⁴⁸

Em suma não há um conceito definido tanto juridicamente quanto na área da medicina para o termo periculosidade, o que atenta indiretamente contra o princípio da legalidade, além de deixar a mercê do magistrado e do perito a imputabilidade e periculosidade do acusado.

⁴⁶ *Ibidem*, p. 524 citando MATTOS, Virgílio. Crime e Psiquiatria: uma saída. Rio de Janeiro: Revan, 2006, p. 153.

⁴⁷ *Ibidem*, p. 524 citando MATTOS, Virgílio. Crime e Psiquiatria: uma saída. Rio de Janeiro: Revan, 2006, p. 176.

⁴⁸ *Ibidem*, p. 524 citando KARAM, Maria Lúcia. Punição do Enfermo Mental e Violação da Dignidade. In: Verve, v.2, 2002, p. 9.

Gerando incerteza em todo o procedimento das medidas de segurança, o que a Lei Antimanicomial aparece com o intuito de corrigir, uma vez que decide por modificar a finalidade das medidas de segurança do tratamento ao cuidado-prevenção dos portadores de sofrimento psíquico, o que acarretaria na modificação do seu fundamento (periculosidade).

Destarte, é, por esses motivos, possível dizer que houve legalmente a mudança da finalidade e consequentemente do fundamento (periculosidade), uma vez que “a Lei de Reforma Psiquiátrica pressupõe o portador de sofrimento psíquico como sujeito de direitos com capacidade e autonomia (responsabilidade) de intervir no rumo do processo terapêutico”⁴⁹.

Esta mudança é extremamente radical, oras, anteriormente a Lei Antimanicomial, com a lógica periculosista, o louco era apenas um objeto de intervenção, que deveria ser tratado e curado ou contido, não sendo reconhecida nenhuma autonomia ao portador de sofrimento psíquico.

A desinstitucionalização operada pelo Movimento Antimanicomial “toma o usuário como cidadão com ação e poder de participação. Ele pode verbalizar seus sentimentos e tentar entendê-los a partir da sua própria abstração, possibilitando, assim, a desconstrução da instituição doença mental”⁵⁰.

Ainda na esteira da Lei da Reforma Psiquiátrica, a mesma é explícita quanto à necessidade de se excluir e abdicar o termo doença mental, o que consequentemente acarreta na readequação do conceito de inimputabilidade.

Segundo Salo de Carvalho ⁵¹, essa consequência na readequação do conceito de inimputabilidade acontece por duas razões. A uma, o foco do tratamento desinstitucionalizador (mandamento da Reforma Psiquiátrica) é o paciente ser o sujeito em sua rede de relações, não um objeto que é atingido por uma doença atomizada, apresentada como um fenômeno natural alheio e que preexiste ao próprio ser. A duas, pela primazia da hipótese sobre o sujeito, ou seja, pela estigmatização que compreende o conceito de doença mental, o qual é uma

⁴⁹ *Ibidem*, p. 524

⁵⁰ *Ibidem*, p. 525 citando GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima et al. Usuários dos Hospital-Dia: uma discussão sobre performatividade em saúde e doença mental. In: Mal-Estar e Subjetividade, v. 08(01), Fortaleza, 2008, p. 125

⁵¹ *Ibidem*, p. 525

construção falha e errônea, estigma, este, que impede formas alternativas de tratamento que envolvam o paciente tratado pelo sistema de saúde mental.

Com a promulgação da Lei 10.216/01 há uma virada normativa que adequa e dá consistência àquela crítica elaborada por Virgílio de Mattos, antes mencionada, a respeito do art. 26 do Código Penal.

Uma vez que o referido artigo positiva a ausência de responsabilidade criminal decorrente da doença mental ou do desenvolvimento mental incompleto e retardado, a Lei Antimanicomial cria um cenário normativo que defende a impropriedade normativa do art. 26 do CP. Ou seja, com o novo cenário normativo estabelecido com a Lei 10.216/01 cria-se uma impossibilidade em se falar que o portador de sofrimento psíquico é absolutamente irresponsável/incapaz, seja na esfera penal/atos ilícitos ou cível/atos lícitos.

A reforma psiquiátrica, ao propugnar o reconhecimento de formas ou graus distintos de responsabilidade, estabelece um novo paradigma para o tratamento jurídico dos portadores de transtorno mental, situação que demanda, necessariamente, a construção de formas diversas de interpretação dos institutos do direito penal. A mudança central é tratar a pessoa com diagnóstico de transtorno mental como verdadeiro sujeito de direitos, e não como um objeto de intervenção submetido ao laboratório psiquiátrico-forense.⁵²

Ao fim caminho trilhado pelo Movimento Antimanicomial e pela antipsiquiatria que culminou na Lei 10.216/01, denota-se a importância que o sujeito/paciente apresenta no seu tratamento, deixando de ser apenas um objeto de intervenção que de ser curado ou contido, e passando a exercer um papel de sujeito de direitos, como alguém responsável pelos seus atos passados, pelo seu processo terapêutico e, também, responsável pelos suas escolhas futuras.

Negar ao portador de sofrimento psíquico a capacidade de responsabilizar-se é um dos principais atos de assujeitamento e de coisificação. Entender o portador de sofrimento psíquico como sujeito (de direitos) implica assegurar-lhe o direito à responsabilização, situação que deverá produzir efeitos

⁵² *Ibidem*, p. 525-526

jurídicos compatíveis com o grau ou nível que esta responsabilidade *sui generis* pode gerar.⁵³

Conforme dita Salo de Carvalho, precisa é a conclusão de Virgílio de Mattos:

Deve ser assegurado o direito à autonomia e à responsabilidade do imputado, sendo inaceitável a afirmação de que um transtorno mental, mesmo grave, faça com que o imputado não possa responder pelos próprios atos, enquanto se avalia se há alguma correlação entre o transtorno mental e o fato definido como crime alegadamente cometido, de modo a se determinar o modo mais adequado de imposição do limite pessoal.⁵⁴

Destarte, temos que a Lei da Reforma Psiquiátrica, ou Lei Antimanicomial, ou Lei 10.216/01, modificou os fundamentos e conceitos da medida de segurança, quanto à periculosidade e à inimputabilidade, o que acarretaria, ao menos, em uma nova interpretação dos artigos do Código Penal e do Código de Processo Penal que coadunassem com as normas positivadas pela referida Lei do portador de sofrimento psíquico.

4.2 A REALIDADE DAS DECISÕES DO JUÍZO QUE RESGUARDAM AS MEDIDAS DE SEGURANÇA EM CURITIBA

Os acusados que são absolvidos impropriamente e cumprem medida de segurança em Curitiba terão a medida executada pela Vara de Execução de Penas de Réus ou Vítimas Femininas e de Medidas de Segurança de Curitiba (a qual será tratada por 3ª VEP).

Serão analisadas 10 (dez) decisões⁵⁵ aleatórias que serão rotuladas como decisão 01, decisão 02 e assim por diante até a decisão 10.

⁵³ *Ibidem*, p. 526

⁵⁴ *Ibidem*, p.526 citando MATTOS, Virgílio. Crime e Psiquiatria: uma saída. Rio de Janeiro: Revan, 2006, p. 167.

⁵⁵ Decisão 01: Autos n.º: 0001662-97.2013.8.16.0009

Para tanto serão analisados os seguintes quesitos: procedência da decisão, parecer do Ministério Público, parecer da Defensoria Pública (uma vez que apenas a instituição aparece como defensora dos pacientes), a fundamentação do juízo, os pareceres dos laudos e a data da decisão.

A seguir apresenta-se uma tabela com os dados acima mencionados das dez decisões computadas, de maneira que será possível posteriormente uma análise detalhada e crítica das mencionadas decisões. Para posteriormente, estabelecer um parâmetro das decisões, especificamente quanto à sua fundamentação.

Decisão 02: Autos n.º: 0000978-90.2015.8.16.0091
Decisão 03: Autos n.º: 0004950-87.2012.8.16.0009
Decisão 04: Autos n.º: 0039073-77.2013.8.16.0009
Decisão 05: Autos n.º: 0005105-90.2012.8.16.0009
Decisão 06: Autos n.º: 0008761-97.2015.8.16.0058
Decisão 07: Autos n.º: 0001036-78.2013.8.16.0009
Decisão 08: Autos n.º: 0001669-84.2016.8.16.0009
Decisão 09: Autos n.º: 0005151-79.2012.8.16.0009
Decisão 10: Autos n.º: 0014968-46.2012.8.16.0017

| Decisão | Procedência da decisão | Parecer do M.P. | Parecer da D.P.E | Fundamentação e base legal | Laudos (psiquiátrico, psicológico e pedagógico, respectivamente) | Data |
|--|-------------------------------|---|--|---|---|----------|
| Decisão 01 (1662-97.2013.8.16.00 09) | Favorável. | Favorável. | Acompanhando MP. | Conversão da MS em tratamento ambulatorial, pela deficiência do tratamento oferecido não haverá melhora no quadro médico, logo, não será cessada a periculosidade para o levantamento da MS. (art. 97, caput, do CP; Lei 10.216/01; Recomendação 35/2011 do CNJ; orientação da Corregedoria-Geral do TJPR; princípios constitucionais). | Não cessada a periculosidade; possível benefício com o tratamento ambulatorial; negativo. | 07.06.17 |
| Decisão 02 (978-90.2015.8.16.00 91) | Desfavorável à desinternação. | Manutenção da medida e nova avaliação no prazo legal. | a) substituição pelo tratamento ambulatorial; e b) no caso de manutenção da internação, a remoção do paciente para estabelecimento que seja, efetivamente, hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, considerando que não se enquadra em tal conceito o Complexo Médico Penal, segundo parecer do Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná. | Negado o pedido B, uma vez que a denúncia não restou comprovada e a internação no CMP não caracteriza constrangimento ilegal; quanto ao pedido A, fundamentou-se que a periculosidade não restou cessada, assim como, esta não é o mesmo que período de surtos. (Art. 97, § 1º do CP). | Não cessada a periculosidade; negativo para conversão ao tratamento ambulatorial; não há laudo pedagógico na decisão. | 10.04.17 |
| Decisão 03 (0004950-87.2012.8.16.00 09) | Desfavorável à desinternação. | Manutenção da medida e nova avaliação no prazo legal. | Levantamento da MS. | “Desta forma segundo a avaliação psiquiátrica e psicológica realizadas constatou-se que não restou cessada a periculosidade do sentenciado. Assim, diante da permanência da periculosidade, acolho o parecer ministerial, pelo que, com fulcro no artigo 97, § 1º do CP, | Não cessada a periculosidade; negativo para conversão ao tratamento ambulatorial; não há laudo | 29.01.14 |

| Decisão | Procedência da decisão | Parecer do M.P. | Parecer da D.P.E | Fundamentação e base legal | Laudos (psiquiátrico, psicológico e pedagógico, respectivamente) | Data |
|---|-------------------------------|---|--|---|--|----------|
| Decisão 04 (0039073-77.2013.8.16.0009) | Desfavorável à desinternação. | Manutenção da medida e nova avaliação no prazo legal. | Levantamento da MS. | mantenho a medida de segurança imposta ao sentenciado". (Artigo 97, § 1º do Código Penal). "O que emerge-se dos laudos é que a periculosidade do sentenciado continua acentuada, constituindo ainda risco para a sociedade, sendo os referidos documentos desfavoráveis para o levantamento da medida de segurança e estabelecimento do tratamento ambulatorial." (Art. 97, §1º, do Código Penal). | pedagógico na decisão. "Parecer desfavorável pela psiquiatria. Paciente ainda com sinais de periculosidade e delirante"; "não demonstra condições de alta no momento" | 13.03.15 |
| Decisão 05 (0005105-90.2012.8.16.0009) | Desfavorável à desinternação. | Manutenção da medida e nova avaliação no prazo legal. | Levantamento da MS. | "O que emerge dos laudos é que a periculosidade do sentenciado continua acentuada constituindo ainda risco para a sociedade, sendo os referidos documentos desfavoráveis para o levantamento da medida de segurança e estabelecimento do tratamento ambulatorial." (art. 97, §1º, do Código Penal). | Não cessada a periculosidade; manutenção em internamento compulsório pouco tem a contribuir para seu desenvolvimento. | 16.06.15 |
| Decisão 06 (0008761-97.2015.8.16.0058) | Desfavorável à desinternação. | Manutenção da medida. | Defesa pugnou pelo cumprimento da legislação cabível, conjugando-se o Código Penal e Lei Antimanicomial. | "Considerando se tratar o laudo psiquiátrico de prova técnica, que, por sua especificidade, constitui indispensável elemento de convicção cuja conclusão na hipótese foi desfavorável à desinternação, bem como, em face da inexistência de quaisquer outros elementos capazes de insinuar a cessação da periculosidade do paciente, | Desfavorável ao levantamento; desfavorável ao levantamento. | 20.10.16 |

| Decisão | Procedência da decisão | Parecer do M.P. | Parecer da D.P.E | Fundamentação e base legal | Laudos (psiquiátrico, psicológico e pedagógico, respectivamente) | Data |
|---|-------------------------------|-------------------|---------------------|---|--|----------|
| Decisão 07 (0001036-78.2013.8.16.0009) | Desfavorável à desinternação. | Manutenção da MS | Levantamento da MS. | deve ele permanecer sob tratamento médico-psiquiátrico em regime de internação." (97, §§ 1º e 2º do CP c/c 176 da LEP). "Assim, diante da permanência da periculosidade, acolho o parecer ministerial, pelo que, com fulcro no artigo 97, § 1º do CP, mantenho a medida de segurança imposta ao sentenciado ". (Art. 97, § 1º, do CP). | Negativo; ausente; ausente. | 15.01.15 |
| Decisão 08 (0001669-84.2016.8.16.0009) | Desfavorável à desinternação. | Manutenção da MS. | Desinternação. | "Considerando se tratar o laudo psiquiátrico de prova técnica, que, por sua especificidade, constitui indispensável elemento de convicção cuja conclusão na hipótese foi desfavorável à desinternação, bem como, em face da inexistência de quaisquer outros elementos capazes de insinuar a cessação da periculosidade do paciente, deve ele permanecer sob tratamento médico-psiquiátrico em regime de internação." (art. 97, §§ 1º e 2º do CP c/c 176 da LEP). | Desfavorável ao levantamento; desfavorável ao levantamento | 05.12.16 |
| Decisão 09 (0005151-79.2012.8.16.0009) | Desfavorável à desinternação. | Manutenção MS. | Levantamento da MS. | "Assim, diante da permanência da periculosidade, acolho o parecer ministerial, pelo que, com fulcro no artigo 97, § 1º do CP, mantenho a medida de segurança imposta ao sentenciado". | "Conforme avaliação realizada pela equipe técnica de seq. 5, foi constatado que não restou cessada a periculosidade do sentenciado." | 30.01.14 |

| Decisão | Procedência da decisão | Parecer do M.P. | Parecer da D.P.E | Fundamentação e base legal | Laudos (psiquiátrico, psicológico e pedagógico, respectivamente) | Data |
|---|-------------------------------|-----------------|--|--|--|----------|
| Decisão 10 (0014968-46.2012.8.16.00 17) | Desfavorável à desinternação. | Manutenção MS. | Substituída a internação pelo tratamento ambulatorial. | "a desinternação da sentenciada, ou a substituição por tratamento ambulatorial como pediu a Defesa não merece prosperar, porquanto além de apresentar surtos psicóticos, como afirmou a Psiquiatra, a periculosidade não foi ainda cessada." (art. 97, § 1º, do Código Penal). | Não cessada periculosidade; dúvida | 20.04.17 |

Previamente, as decisões variam do dia 29.01.2014 ao dia 07.06.2017, com isto pode-se afirmar que há um lapso temporal grande (dois anos e meio aproximadamente) para se analisar as fundamentações formuladas pelo juízo da 3ª VEP, se foram alteradas ou não.

Das dez decisões apenas uma (a decisão 01) foi favorável à desinternação, com a consequente conversão em tratamento ambulatorial. Nas outras nove decisões (decisões 02 a 10), decidiram-se pela manutenção da medida, com fulcro, especialmente, no art. 97, § 1º do CP.

A decisão 01, como mencionado, é a única favorável à conversão do tratamento de internação em ambulatorial. Entretanto, destaca-se que a decisão deu-se em sede de mutirão (Projeto “Cidadania nos Presídios”), diferente das outras nove, além de que a fundamentação para se alterar a espécie de medida deu-se por causa da ineficácia do tratamento realizado no CMP, que já perdurava há quase 07 (sete) anos, mesmo não tendo sido cessada a periculosidade, *in verbis*, “em razão da deficiência no tratamento oferecido nos hospitais de custódia o quadro de doença mental do sentenciado não apresentará melhora e, por consequência, não restará cessada a sua periculosidade para que seja beneficiado com o levantamento da medida de segurança, ficando a mercê de prisão perpétua ou internado até que seja beneficiado com indulto”⁵⁶.

Ademais, foi utilizado como base legal, as seguintes normas, o art. 97, *caput*, do CP, a Lei 10.216/01 (Lei Antimanicomial), a Recomendação 35/2011 do CNJ⁵⁷, a orientação da Corregedoria-Geral do TJPR⁵⁸ e princípios constitucionais.

⁵⁶ Autos n.º 0001662-97.2013.8.16.0009. Decisão do Projeto “Cidadania nos Presídios”, Juiz de Direito Designado, j. 07.06.2017

⁵⁷ A Recomendação 35/2011 do CNJ, assinada pelo Min. Cezar Peluso, recomenda aos tribunais que:

I – na execução da medida de segurança, adotem a política antimanicomial, sempre que possível, em meio aberto;

II – a política antimanicomial possua como diretrizes as seguintes orientações:

a) mobilização dos diversos segmentos sociais, compartilhamentos de responsabilidades, estabelecimento de estratégias humanizadoras que possibilitem a efetividade do tratamento da saúde mental e infundam o respeito aos direitos fundamentais e sociais das pessoas sujeitas às medidas de segurança;

b) diálogo e parcerias com a sociedade civil e as políticas públicas já existentes, a fim de buscar a intersetorialidade necessária;

c) criação de um núcleo interdisciplinar, para auxiliar o juiz nos casos que envolvam sofrimento mental;

Enquanto, que das outras nove decisões, todas foram desfavoráveis e fundamentadas com fulcro no art. 97, §1º do CP, e outras duas destacaram o §2º do mesmo artigo e o art. 176 da LEP. Denota-se, também, que quando o parecer (psiquiátrico e psicológico principalmente) é desfavorável nos laudos, mesmo que mal fundamentados, dúbios ou omissos, o magistrado decide pela não desinternação do paciente, mantendo-o no Complexo Médico Penal, sempre com fulcro no mesmo artigo, além de que alguns trechos das decisões se repetem nas demais – como será demonstrado.

Nas decisões 03, 07 e 09 é possível destacar o seguinte trecho que se repete de maneira idêntica “Assim, diante da permanência da periculosidade, acolho o parecer ministerial, pelo que, com fulcro no artigo 97, § 1º do CP, mantenho a medida de segurança”, o qual fundamente basicamente toda a decisão a respeito da liberdade, na prática, e no tratamento do portador de transtorno mental.

Já nas decisões 04 e 05, destaca-se o seguinte trecho que também é basilar na decisão para se estipular o tratamento do portador de transtorno mental, “O que emerge-se dos laudos é que a periculosidade do sentenciado continua acentuada, constituindo ainda risco para a sociedade, sendo os referidos documentos desfavoráveis para o levantamento da medida de segurança e estabelecimento do tratamento ambulatorial”.

Mais uma vez, nas decisões 06 e 08 há repetições de fundamentações. “Considerando se tratar o laudo psiquiátrico de prova técnica, que, por sua especificidade, constitui indispensável elemento de convicção cuja conclusão na

d) acompanhamento psicossocial, por meio de equipe interdisciplinar, durante o tempo necessário ao tratamento, de modo contínuo;

e) permissão, sempre que possível, para que o tratamento ocorra sem que o paciente se afaste do meio social em que vive, visando sempre à manutenção dos laços familiares;

f) adoção de medida adequada às circunstâncias do fato praticado, de modo a respeitar as singularidades sociais e biológicas do paciente judiciário;

g) promoção da reinserção social das pessoas que estiverem sob tratamento em hospital de custódia, de modo a fortalecer suas habilidades e possibilitar novas respostas na sua relação com o outro, para buscar a efetivação das políticas públicas pertinentes à espécie, principalmente quando estiver caracterizada situação de grave dependência institucional, consoante o art. 5º da Lei no 10.216/2001;

h) manutenção permanente de contato com a rede pública de saúde, com vistas a motivar a elaboração de um projeto de integral atenção aos submetidos às medidas de segurança;

i) realização de perícias por equipe interdisciplinar.

III – em caso de internação, ela deve ocorrer na rede de saúde pública ou conveniada, com acompanhamento do programa especializado de atenção ao paciente judiciário, com observância das orientações previstas nesta recomendação.

⁵⁸ Orientação, esta, que objetiva o desinternamento de pessoas portadoras de doenças mentais que possam receber atendimento ambulatorial, na companhia de sua família ou em casas terapêuticas.

hipótese foi desfavorável à desinternação, bem como, em face da inexistência de quaisquer outros elementos capazes de insinuar a cessação da periculosidade do paciente, deve ele permanecer sob tratamento médico-psiquiátrico em regime de internação”.

Em suma, as decisões sobre medida de segurança em grande parte (no mínimo 90%, ressalta-se que a análise de um número maior de decisões resultaria, possivelmente, em uma porcentagem maior) são desfavoráveis aos internos.

Além de que as decisões sempre acompanham os laudos psiquiátricos e psicológicos, destacando-se que quando apenas um é desfavorável, opta-se por ignorar o favorável, ou interpretá-lo de forma “divergente”.

Por fim, que as decisões fazem descaso da individualização da pena, *in casu*, do tratamento do paciente, optando por fundamentações e dispositivos genéricos nas decisões.

Entretanto, fugindo dos parâmetros estabelecidos nesta análise, alguns esforços da Defensoria Pública para que a Lei Antimanicomial seja cumprida merecem destaque.

É o caso das decisões 04, 05 e 08, nas quais a Defesa requereu que fossem realizados novos laudos pelos mesmos peritos opinando sobre a possibilidade de tratamento extramuros e que estes se manifestem sobre as condições médicas de tratamento ao paciente no Complexo Médico Penal e se a instituição atende os critérios exigidos pela Lei Antimanicomial.

Em ambas as decisões o juízo fundamentadamente discursou pelo indeferimento da realização de novos laudos, como argumentou que a Lei 10.216/01, uma vez que, não revogou tacitamente os dispositivos do CP e da LEP que tratam sobre medida de segurança, mas que a Lei Antimanicomial veio com o intuito de harmonizar o CP e CPP com as diretrizes dessa.

Também vale destaque a decisão 06, em relação aos esforços da DPE. No qual a Defesa requereu que fosse cumprida a legislação cabível, conjugando-se Código Penal e Lei Antimanicomial. Entretanto, o juízo da 3ª VEP manteve seu

posicionamento, indeferindo o levantamento da medida de segurança, como visto, e reafirmando a não revogação tácita supramencionada.

4.3 A VERDADEIRA FACE DO COMPLEXO MÉDICO PENAL – CMP

Antes de demonstrarmos as condições do Complexo Médico Penal, onde os portadores de sofrimento psíquico cumprem medida de segurança, é necessário estabelecer algumas diretrizes, conforme determina a legislação vigente (Código Penal e Lei Antimanicomial).

A Lei Antimanicomial estabelece algumas diretrizes que os antigos manicômios judiciais, agora hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, devem seguir. Entretanto, ressaltam-se, antes, os artigos 96, inciso I e 99, ambos do Código Penal.

Art. 96. As medidas de segurança são:

I - Internação em **hospital de custódia e tratamento psiquiátrico** ou, à **falta**, em outro **estabelecimento adequado**.

Art. 99 - O internado será recolhido a **estabelecimento dotado de características hospitalares** e será submetido a tratamento. (grifo nosso)

Dentre a principal normativa da Lei 10.216, a respeito das diretrizes que os estabelecimentos de internação devem seguir temos o artigo 4º, que positiva:

Art. 4º A **internação**, em qualquer de suas modalidades, **só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes**.

§ 1º O tratamento visará, como **finalidade permanente, a reinserção social** do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.
(grifo nosso)

De acordo com o artigo 6º da referida Lei, serão consideradas internações psiquiátricas, a internação voluntária (com o consentimento do usuário), involuntária (sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro) e compulsória (determinada pela Justiça – o caso das medidas de segurança).

Destarte, temos que as medidas de segurança devem seguir as determinações das diretrizes estabelecidas na Lei Antimanicomial. Ainda que o artigo 9º dite que “a internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários”, as internações compulsórias devem seguir o estabelecido no referido artigo 4º.

Além da Recomendação 35 de 2011 do CNJ (já mencionada) determinando que os Tribunais sigam as diretrizes estipuladas pela Lei Antimanicomial, colocando a internação em hospital de custódia e tratamento psiquiátrico como *ultima ratio* e do art. 17 da Resolução nº 113 de 2010 do CNJ⁵⁹.

Tendo sido determinada as condições nas quais devem ser mantidas os estabelecimentos de internação dos pacientes em medida de segurança, procede-se para uma análise do Complexo Médico Penal (CMP), segundo o Relatório de Fiscalização nº 1603205-CRMPR concernente a diligências realizadas no dia 23/03/2016.

Antes de tudo vale ressaltar que até a data da fiscalização o CMP não possuía inscrição no Conselho Regional de Medicina (CRM), tendo esta sido cancelada em 2014, ou seja, o CMP operou por aproximadamente 02 (dois) anos sem autorização do Conselho Regional de Medicina, destaca-se, como sendo a

⁵⁹ Art. 17. O juiz competente para a execução da medida de segurança, sempre que possível buscará implementar políticas antimanicomias, conforme sistemática da Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001.

autarquia federal responsável por fiscalizar o exercício profissional da medicina, o qual concerne o tratamento dos portadores de sofrimento psíquico.

A própria rede do Departamento de Execução Penal de estabelecimentos e serviços coloca o CMP como uma das suas Unidades que eram originalmente estabelecimentos penitenciários, apesar de possuir um Diretor Técnico responsável, com inscrição no CRM.

Destaca-se do Relatório o seguinte trecho que caracteriza o Complexo Médico Penal.

O CMP, Complexo Médio Penal, outrora denominado Manicômio Judicial, foi inaugurado em 31/01/1969, originalmente com a finalidade de abrigar detentos em regime fechado com transtornos psiquiátricos, passou à denominação atual em 21/12/1993, e **consiste, essencialmente, numa Unidade Prisional especializada em regime fechado, voltada a abrigar tanto presidiários com transtornos psiquiátricos como detentos com afecções clínicas e cirúrgicas que requeiram cuidados médicos (...).**

O referido presídio conta com um conjunto de instalações e serviços médico-hospitalares que o diferenciam das demais Unidades Prisionais da rede, sendo aqueles o foco da presente fiscalização.⁶⁰ (grifo nosso)

Ato contínuo, o CMP é composto por quatro prédios, o prédio da saúde (com laboratório, farmácia e almoxarifado), o Hospital Penitenciário (celas e camas para presos acamados e os que precisam de assistência médica e de enfermagem recorrente), a Unidade Psiquiátrica (com uma ala de atendimento psiquiátrico, e três conjuntos de celas, para os portadores de transtornos psíquicos, para os presos com afecções clínicas e cirúrgicas, e uma para as presas, grávidas ou não) e um último conjunto ao fundo da Unidade Psiquiátrica (que abriga presos de idade avançada, doentes ou não).

Desta forma, tem-se que **o CMP – Complexo Médico Penal consiste, de fato, em Unidade Prisional com características especiais, abrigando um conjunto de instalações médico-assistenciais que não existe num presídio típico, e não de estabelecimento médico-assistencial propriamente dito, muito menos de estabelecimento hospitalar, (...)**

⁶⁰ Relatório de Fiscalização nº 1603205-CRMPPR

Ademais, inexistia atividade cirúrgica no âmbito do estabelecimento, bem como de cuidados médicos intensivos e de assistência ao parto (...).⁶¹

O próprio Relatório do CRM é explícito quanto ao CMP não ser uma instituição com caráter hospitalar, nem mesmo de caráter médico-assistencial, sendo apenas mais uma prisão dotada de algumas características especiais. Ou seja, o Complexo Médico Penal não se enquadra nas diretrizes da normativa do art. 4º, §3º da Lei Antimanicomial, sendo assim, a internação dos portadores de transtornos psíquicos naquele estabelecimento uma afronta à legislação vigente.

Entretanto, continuemos. O Relatório explicita que o Serviço de Psiquiatria do CMP é subdividido em dois com caracteres distintos, um de caráter assistencial ambulatorial (apenas consultas médicas) e outro de caráter pericial, que consiste na emissão dos laudos para fins judiciais, os quais são exercidos por profissionais diferentes.

O que não raramente ocorre nas decisões sobre levantamento de medida de segurança ou de conversão para o tratamento ambulatorial era que o laudo juntado no processo era assinado por um dos médicos que consta dentre os médicos assistenciais, conforme o Relatório e não na lista de médicos peritos.

Ora, do ponto de vista ético-profissional da medicina, trata-se de evidente irregularidade, ou, simplesmente, tal descaso acontece porque o serviço assistencial e o acompanhamento efetivamente clínico dos pacientes portadores de transtornos psiquiátricos são negligentes, se não forem inexistentes. Sendo o CMP não um local de recuperação e tratamento, mas sim mais um “armazém” de sujeito abandonados e desmemoriados, como um presídio propriamente dito.

Da conclusão do Relatório de Fiscalização é pertinente extrair-se os seguintes trechos.

Nenhum dos estabelecimentos e serviços geridos pela referida entidade gestora possui inscrição neste Conselho, embora houvesse, outrora, inscrição referente a um dos estabelecimentos, inscrição essa atualmente cancelada;

⁶¹ *Ibidem*

(...);

Os estabelecimentos sob gestão da referida pessoa jurídica encontram-se em atividade;

Nesta ocasião, o principal estabelecimento da rede foi vistoriado e caracterizado;

Seu corpo médico é do tipo não-estruturado, sem regimento interno e sem diretor do corpo médico eleito;

(...).

Ora, temos que o Complexo Médico Penal, segundo o CRM/PR não se enquadra nas diretrizes da Lei Antimanicomial, nem mesmo do Código Penal, sendo que vem atuando sem inscrição no CRM, totalmente fora da legalidade.

Destarte, o problema é que a descrição técnica realizada pela entidade competente, no caso o CRM/PR, não autoriza o Complexo Médico-Penal a ser reconhecido como hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, conforme requer a legislação vigente. Ora essa, prisão com alguns equipamentos médico-hospitalares e outros médico-assistenciais não é um hospital, é, ainda, uma prisão.

O que o delineamento normativo em relação à questão da saúde mental exige – conforme positivam os art. 96, inciso I e art. 99, ambos do CP, do art. 4º, §3º da Lei 10.216/01 e da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (com status de Emenda Constitucional conforme Decreto 6.949/2009) – é um hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, com características hospitalares e não asilares, os mesmos destinados a outras pessoas portadoras de transtornos psiquiátricos graves que não foram processadas criminalmente.

O portador de sofrimento psiquiátrico necessita de tratamento médico adequado, independente de ter cometido um ilícito penal ou não. E não é com o encarceramento no ainda existente empiricamente manicômio judicial, que tal resultado será objetivado. É necessário não apenas uma mudança normativa e verbal, mas uma alteração na *práxis* e de paradigmas, que coloquem na prática os direitos existenciais e basilares do Estado Democrático de Direito, a isonomia e a dignidade da pessoa humana.

5. CONCLUSÃO

A medida de segurança é um instituto com caráter punitivista, controlador, securista e tem como seu real objetivo a exclusão do portador de doença mental, enquanto que o ideal seria a assistência àquele que não teve a ajuda, seja do Estado ou da família, que lhe era necessária no tempo anterior ao cometimento do injusto penal que lhe condenou a um sem tempo de pena, na qual não possui os benefícios, direitos do imputável ou a ideia de progressão da pena.

Com base no que foi elencado ao decorrer deste Trabalho de Conclusão de Curso – TCC pode-se afirmar a necessidade de se trabalhar o tema, diante da real afronta que a medida de segurança causa aos portadores de sofrimento psíquico.

Primeiramente, temos uma carga histórico-cultural que perdura desde séculos acompanhando o Direito, alcançando a criação do Código Penal em vigência no ordenamento jurídico brasileiro. Esse arcabouço criado no decorrer de séculos, que vem perdurando até o momento, necessita de movimentos de impacto para que possa ser abalado e alterado.

Para tanto, houve a promulgação da Lei Antimanicomial, apenas em 2001, que teve sua origem na esteira do movimento antimanicomial, na década de 70 com o declínio da ditadura e o esforço do MTSM (Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental) a necessidade de se atentar para as péssimas condições do sistema de saúde no país em relação aos portadores de transtornos mentais.

Como demonstrado, a medida de segurança na sua origem no processo penal já nasce defasada, carecendo de um procedimento pormenorizado. E com a absolvição imprópria parte-se para o estabelecimento da espécie de medida de segurança, que adota critérios desiguais para esta decisão.

Uma vez que o critério adotado leva em conta conexão entre a gravidade do injusto e a espécie de medida, é sabido que os juízos de execução penal aqui nesta capital deixam de lado o princípio da individualização e da subsidiariedade, fazendo uso deste critério para estabelecer qual modalidade de medida de segurança será imposta, sendo que muitas vezes a um crime passível de detenção é imposto o tratamento de internação.

Assim, denota-se que o instituto da medida de segurança é na sua essência e na sua caracterização retributivo e punitivo. Necessitando de uma urgente interferência. Interferência que se deu com a Lei Antimanicomial, a qual é, infelizmente, ignorada.

Porém, como demonstrado, segundo o entendimento do juízo de Curitiba a Lei Antimanicomial já está em vigor, não tendo revogado as diretrizes que tratam sobre medida de segurança e similares no Código Penal e na LEP, além de estar sendo respeitado pelo próprio Estado e suas unidades de tratamento. O que na prática não ocorre.

Ressalta-se que as provas técnicas apresentadas a estes juízos, são laudos extremamente mal fundamentados que alegam não estar cessada a periculosidade do paciente de forma genérica sem nem sequer explicar nada.

O que acarretam as decisões genéricas que desrespeitam princípios elencados constitucionalmente e basilares do Estado Democrático de Direito.

Mas, como visto o Complexo Médico Penal não cumpre com as exigências do Conselho Regional de Medicina para ser elencado como um hospital de custódia e tratamento psiquiátrico, tendo na realidade característica asilares, posicionando-se em sentido contrário à Lei Antimanicomial, ao próprio Código Penal e à própria Constituição Federal.

Destarte, conclui-se que a medida de segurança é um instituto que se encontra atentando diretamente a Carta Maior, não realizando o seu objetivo, o qual deveria ser o principal, que é o de tratar o portador de sofrimento psíquico, além de possuir estabelecimentos de tratamento completamente inúteis e degradantes, muitas das vezes piorando a situação na qual se encontra o paciente.

Assim como, continuar negando os novos paradigmas de tratamento da saúde mental, estabelecidos pela Lei Antimanicomial e dentre outras legislações, é continuar subvertendo o ser humano, o enfermo mental, à condição de um não sujeito de direitos.

É a inserção da repressão penal aos portadores de sofrimento psíquico, obrigando aquele que não possui responsabilidade pagar pelos seus atos com sanção penal, pela doença que não teve qualquer condição de controlar.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição: República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BRASIL. **Código Penal**. Decreto-lei nº 2.848, de 07 de dezembro de 1940: Brasília, DF: 1940.

BRASIL. **Código de Processo Penal**. Decreto-lei nº 3.689, de 03 de outubro de 1941: Brasília, DF: 1941.

BRASIL. **Lei Antimanicomial**. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Brasília, DF: 2001.

BRASIL. **Lei de Execução Penal**. Lei nº 7.210, de 11 de julho de 1984. Brasília, DF: 1984.

BRASIL. Supremo Tribunal Federal (STF). **Coletânea temática de jurisprudência: Direito Penal e Processual Penal**. 2 ed. Brasília: Secretaria de Documentação, Supremo Tribunal Federal, 2016.

BITTENCOURT, Cezar Roberto. **Tratado de Direito Penal: Parte Geral**. 16 ed. São Paulo: Saraiva, 2011.

BUSATO, Paulo César. **Direito penal: parte geral**. 2 ed. São Paulo: Atlas, 2015.

CARVALHO, Salo de. **Penas e medidas de segurança no direito penal brasileiro: fundamentos e aplicação judicial**. São Paulo: Saraiva, 2013.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Inspeções aos manicômios**. Relatório 2015/Conselho Federal de Psicologia, 2015.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA. **Relatório de fiscalização nº 1603205**. Curitiba, 2016.

CORDEIRO, Quirino e LIMA, Mauro Gomes Aranha de, organização. **Hospital de custódia: prisão sem tratamento – fiscalização das instituições de custódia e tratamento psiquiátrico do Estado de São Paulo**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2014.

DIAS, Jorge de Figueiredo. **Direito Penal Parte Geral Tomo I: Questões Fundamentais A Doutrina Geral do Crime**. Coimbra Editora, 2004.

ENUNCIADOS. **Medidas de segurança: avanços e retrocessos**. II Encontro Nacional De Execução Penal. 2013.

FRAGOSO, Heleno Cláudio. **Lições de Direito Penal**. 16. ed. Rio de Janeiro: Forense, 2013

GALLEAZO, Alan Ricardo Sampaio. **Resposta do psicólogo aos quesitos apresentados pela DPE em exame de periculosidade**. Curitiba. 2016.

GALVÃO, Fernando. **Direito Penal: parte geral**. 5 ed. rev., atual. e ampl. São Paulo: Saraiva, 2013

GENELHÚ, Ricardo. **O MÉDICO e o DIREITO PENAL, vol. I *Introdução histórica-criminológica***. Rio de Janeiro: Revan, 2012.

GRECO, Rogério. **Curso de Direito Penal**. 17 ed. Rio de Janeiro: Impetus, 2015.

JACOBINA, Paulo Vasconcelos. **Direito penal da loucura e reforma psiquiátrica**. Brasília: ESMPU, 2008.

JUNIOR, Aury Lopes. **Direito Processual Penal**. 14 ed. São Paulo: Saraiva, 2017.

JUNQUEIRA, Gustavo Octaviano Diniz. **Direito penal**. ed. 2016.

HOWARD, John. **The State of the Prisons in England and Wales with preliminary observations, and an account of some foreign prisons**. Warrington: William Eyres, 1777. Versão disponível em: <http://www.archive.org/details/stateofprisonsin00howa>

LEBRE, Marcelo. **Direito Penal I OAB, coleção caricaturas do direito**. Curitiba: Aprovar, 2015.

LEAL MEDINA, Julio. ***La historia de las medidas de seguridad***. El Cano: Thompson-Aranzadi, 2006, traduzido do espanhol.

MAGLIO, Maria Fernanda dos Santos. **A Lei nº 10.216/01, marco da reforma psiquiátrica no Brasil, derogou a parte geral do Código Penal e da Lei de Execuções Penais no que diz respeito à medida de segurança**. 2009. Encontro DPESP. São Paulo, 2009.

MENDES, Gilmar. **Resolução 113 de 2010 do CNJ**. Artigos 16º e 17º. Conselho Nacional de Justiça. 2010.

OLIVEIRA, Reinaldo Ayer de; CORDEIRO, Quirino. Lima, Mauro Gomes Aranha de; Organização de. **Transtorno mental e perda de liberdade**. São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2013.

PELUSO, Cesar. **Recomendação 35 de 2011 do CNJ**. Conselho Nacional de Justiça. 2011.

ROIG, Rodrigo Duque Estrada. **Execução penal: teoria crítica**. São Paulo: Saraiva, 2014.

SANTOS, Juarez Cirino dos. **Direito penal: parte geral**. 6 ed., ampl. e atual. Curitiba: ICPC Cursos e Edições, 2014.

VENTURINI, Ernesto. DE MATTOS, Virgílio. OLIVEIRA, Rodrigo Tôrres. **Louco Infrator e o Estigma da Periculosidade**. Conselho Federal De Psicologia. Brasília: CFP, 2016.

WEIGERT, Mariana de Assis Brasil e. **O DISCURSO PSIQUIÁTRICO NA IMPOSIÇÃO E EXECUÇÃO DAS MEDIDAS DE SEGURANÇA**. Rio Grande do Sul. PUC-RS. 2015

ZAFFARONI, Eugenio Raúl. PIERANGELI, José Henrique. **Manual de Direito Penal brasileiro: volume 1: parte geral**. 9 ed. rev. e atual. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2011.